This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY

IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

BOSTON MEDICAL
MAR 25 1901
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 25 1901
E. H. B.

67e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Prof. **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Prof. **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

RÉDACTION

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BERNE**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BLONDEL**, ex-préparat. de la Faculté.
Dr **CASTEX**, chargé de cours à la Faculté.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté
Dr **CHEVALIER**, chirurgien des hôpitaux.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **KOPFF**, ex-président de la Soc. d'opht.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôp.
Dr **SAINTON**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **SOUPAULT**, médecin des hôpitaux.
Dr **THIERCELIN**, ex-int. des hôpitaux.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.
Dr **BERINI**. — Dr **DEERING**. — Dr **HIRSCHBERG**. — Dr **ROUBLEFF**

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr **RAOUL BLONDEL**
Chef de Laboratoire à la Charité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général-adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr **E. VOGT**
Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Rédaction :
8, rue de Castellane.

Abonnements, vente au numéro et publicité :
Librairie FÉLIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain

Abonnements : FRANCE, 12 fr. — ÉTRANGER, 13 fr.

1900

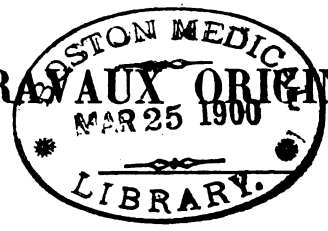
PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1900

Tous droits réservés.

5806



TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des affections prostatiques et vésiculaires dans la blennorrhagie aiguë et chronique *(Suite et fin).*

par le Dr Jules Janet

Les prostatites chroniques peuvent être non infectieuses ou infectieuses.

1° Prostatites chroniques non infectieuses.

Elles sont le plus souvent dues à d'anciennes prostatites infectieuses qui ont laissé dans la prostate des lésions anatomiques capables de modifier sa vascularisation et la structure de ses glandes, mais elles peuvent également se produire, sans aucune infection précédente, sous l'influence d'abus vénériens ou de pratiques défectueuses de coït: masturbation, coïts trop prolongés, coïts interrompus, etc.

Elles se manifestent par des phénomènes bien connus : la spermatorrhée de miction ou de défécation, les pollutions fréquentes, l'éjaculation prématurée, l'impuissance et la neurasthénie consécutive, les douleurs prostatiques et différents troubles de miction, pollakiurie, difficulté plus ou moins grande à émettre l'urine, suppression du coup de piston, rétention incomplète.

Le traitement de ce genre de prostatites doit porter sur la prostate elle-même et sur l'urèthre postérieur. Il doit surtout avoir pour but de faciliter la circulation dans le tissu de ces organes et de tonifier la musculature de la prostate.

Contre l'état congestif de l'urèthre postérieur, nous pouvons opposer les instillations postérieures de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, les lavahes sans sonde au nitrate d'argent ou au protargol, et la cautérisation endoscopique à la glycérine iodée à 1 0/0. Contre le gonflement du veru-montanum que l'on rencontre si souvent dans les cas de spermatorrhée on peut utiliser la cautérisation endoscopique à la teinture d'iode pure, en ayant bien soin d'éponger soigneusement l'excès du médicament qui pourrait s'étendre sur les parties voisines de la muqueuse. Ces interventions énergiques doivent être rares et espacées.

Pour régulariser la circulation prostatique, on aura recours aux lavements froids à la température de la chambre. Ces lavements ont, en outre, l'avantage de provoquer des crampes rectales qui favorisent l'évacuation du contenu des glandes prostatiques.

Les affusions froides du périnée et du bas-ventre agissent utilement dans le même sens de même que les douches froides périnéales.

La canule rectale à double courant d'Arzperger dont nous avons parlé plus haut à propos des prostatites congestives peut rendre service en remplaçant l'eau chaude par l'eau froide de 15 à 20 degrés. Le Dr Scharff a proposé d'utiliser le même appareil pour des applications alternativement chaudes et froides. Il réalise ce résultat en adaptant à cette canule un robinet à trois voies permettant d'y faire pénétrer alternativement l'eau de deux réservoirs, l'un chaud de 45 à 50 degrés, l'autre froid de 15 à 20 degrés. On pour-

rait utiliser pour le même usage la modification que j'ai proposée précédemment et qui consiste à remplacer les réservoirs par des bouillottes de caoutchouc, deux chaudes et deux froides, entre lesquelles le malade établirait une circulation constante, en les pressant alternativement.

La sonde uréthrale à double courant de Winternitz permet d'utiliser l'action de l'eau chaude ou froide du côté de l'urèthre, il ne faut pas négliger son emploi dans les cas qui nous occupent. Le seul inconvénient de cette méthode est que le malade ne peut introduire lui-même cette sonde, ce qui nous oblige à le garder pendant un temps beaucoup trop long dans notre cabinet.

Le traitement électrique peut enfin rendre de grands services dans ce genre d'affections de la prostate. Ce traitement a été bien étudié dans les travaux récents de Popper (1), de Scharff (2) et de Hogge (3). Il peut être faradique ou galvanique ou encore galvano-faradique.

Pour les applications faradiques, on utilise une électrode rectale à surface électrisante tournée du côté de la prostate. L'autre électrode, le plus souvent, doit être représentée par une plaque recouverte de peau de chamois que l'on applique sur le périnée ou sur le bas-ventre, mais on peut également utiliser l'électrode uréthrale à boule métallique de M. le professeur Guyon.

Pour remplacer l'électrode rectale ordinaire, qui ne permet pas une grande précision, j'ai fait construire par M. Gentile, un petit appareil dont on peut se garnir l'index, et qui permet de porter par le toucher rectal, au contact de la prostate, la surface électrisante que l'on peut employer à nu, si l'on se sert des courants faradiques, et recouverte d'une peau fine, si l'on utilise les courants continus. Le Dr Hogge a eu simultanément la même idée, et a présenté au dernier congrès d'urologie, un appareil à peu près semblable.

Pour les courants continus, la même électrode rectale peut servir à la condition de la recouvrir de peau, mais il faut s'abstenir de toute électrode uréthrale, qui pourrait déterminer des phénomènes d'électrolyse inutiles et peut-être dangereux. L'autre électrode devra donc être, en pareil cas, une large plaque que l'on appliquera soit à l'hypogastre soit au périnée.

Le Dr Popper recommande d'utiliser les courants faradiques de la manière suivante : on commence avec un courant très faible que l'on augmente progressivement jusqu'au maximum; arrivé à ce point, on rompt brusquement le courant, et l'on recommence ainsi plusieurs fois de suite, suivant la tolérance du malade. On obtient ainsi une sorte de spasme prostatique dont les effets peuvent être très utiles.

Pour les courants continus, le Dr Scharff utilise des courants de 5 à 20 milliampères, en cas de gonflement prostatique, et des courants plus faibles, en cas de symptômes purement nerveux : tels que les courants de un et demi à deux milliampères qui ont donné de bons résultats entre les mains du Dr Popper (4), pour les cas d'éjaculations hâtives et de pollutions fréquentes.

2° Prostatites chroniques infectieuses.

Le traitement des prostatites chroniques infectieuses doit avoir pour principal objet l'expulsion des sécrétions glandulaires infectées, secondairement, il comporte l'application des procédés précédemment décrits, pour modifier la circulation prostatique et

(1) Popper. Therapie der Schlafpollutionen. Spermatorrhoe. Und einiger Prostata affectionen mittels Faradisirung der Prostata (*Wiener Medic. Blætter*, nos 1, 2, 3, 4, 1899).

(2) Scharff, loc. cit.

(3) Hogge, communication à la *Société d'Urologie*, 1899.

(4) Popper (*Deutsch. med. Wochenschr*, nov. 1899).

éliminer les infiltrations périglandulaires, le traitement de l'urétrite postérieure concomitante et la désinfection de la vessie, en cas de cystite, ou sa protection contre l'infection, si elle y a échappé.

a) Expulsion des sécrétions glandulaires infectées.

Le meilleur moyen que nous ayons à notre usage pour atteindre ce résultat, c'est le massage de la prostate pratiqué méthodiquement.

Le massage de la prostate, se fait d'une façon très pratique, en garnissant son doigt d'une petite capote de caoutchouc, graissée avec la pommade soluble du Dr Krauss, dont nous avons donné plus haut la formule. Le malade peut être couché sur le dos, ou mieux légèrement sur le côté, du côté de l'opérateur. Quelques auteurs préfèrent lui donner la position génupectorale, qui permet d'agir avec plus de force, ou même le faire tenir debout, le haut du corps penché en avant, les mains appuyées sur le dossier d'un siège.

Le massage doit être très doux et très progressif. Le Dr Hogge, qui a très bien étudié l'histologie de la prostate, recommande de le faire de la périphérie vers le centre, à cause de la direction des conduits glandulaires qui suivent cette direction. La durée de cette opération est variable, en général elle doit être très courte.

Il est bon de la pratiquer à vessie vide et de faire ensuite un bon lavage sans sonde, pour éliminer les produits expulsés. Si on ne voulait pas faire ce lavage, il faudrait au moins opérer à vessie demi-pleine, et faire uriner le malade aussitôt après.

Dans le cas ou le massage évacue mal la prostate, ce qui arrive malheureusement souvent, on pourrait chercher à utiliser la faradisation prostatique qui, par la contraction musculaire qu'elle provoque, pourrait peut-être déterminer une sorte d'éjaculation prostatique. Ce procédé semble avoir donné de bons résultats entre les mains du Dr Popper; il faut évidemment l'essayer, je suis persuadé que l'on peut souvent s'en bien trouver ; je dois dire néanmoins que ce procédé, qui théoriquement m'avait beaucoup plu et que j'avais recommandé à l'attention de mes collègues du Congrès d'Urologie (1), ne m'a pas donné de très bons effets dans les premiers cas où j'ai cru pouvoir l'utiliser. Je n'obtenais aucune évacuation prostatique, et par contre je déterminais souvent une irritation assez grande de la prostate. Je n'y renonce pas pour cela, mais je considère que ce procédé, tant comme méthode d'application, que comme dosage du courant à utiliser, doit être mieux mis au point qu'il ne l'est actuellement. Nos confrères électrothérapeutes mieux outillés et plus habiles que nous feront bien de nous diriger dans cette voie nouvelle.

Il est un autre procédé plus naturel d'évacuation de la prostate, c'est la pollution. Sans vouloir ériger la masturbation ou le coït répété en méthode de traitement, je considère néanmoins que nous ne devons pas perdre de vue que l'éjaculation est encore le procédé le plus parfait d'expulsion des sécrétions prostatiques. D'autant plus parfait qu'il agit précisément dans les cas réfractaires au massage, où les glandes, loin d'être devenues kystiques sont restées presque normales anatomiquement, mais contiennent dans leurs acini des mucosités infectées.

Beaucoup de nos malades croient bien faire en s'abstenant de tout coït et cette continence, par la rétention des sécrétions glandulaires qu'elle provoque, constitue pour nous une condition défavorable. Il faut donc ne pas hésiter à recommander au malade d'assurer une évacuation régulière de sa prostate par des émissions spermatiques prudentes, pratiquées de façon à ne pas risquer de compromettre la santé des femmes mises en cause.

(1) Janet. *Comm. au Congrès d'Urologie* 1899.

b) Modification de la circulation prostatique et élimination des infiltrations périglandulaires.

Ce sont les mêmes méthodes que nous avons exposées plus haut qui doivent ici trouver leur place. Le massage suivi de lavages, les applications rectales froides ou écossaises, les médicaments rectaux en petits lavements ou en suppositoires : ichthyol, onguent napolitain, iodure de potassium pur ou associé à l'iode métalloïdique, l'iodoforme etc., peut-être aussi l'électricité faradique ou galvanique.

c) Traitement de l'uréthrite postérieure.

Ce traitement se fait en partie par les lavages qui doivent suivre les massages, on les fera soit à l'eau boriquée, soit au permanganate de potasse, soit au protargol, soit au nitrate d'argent, soit au sublimé.

Je préfère le permanganate de potasse en cas d'infection gonococcique de la prostate, le nitrate d'argent et le protargol pour les infections secondaires, j'emploie quelquefois aussi dans ces derniers cas le sublimé, mais il est trop irritant pour qu'on puisse en continuer longtemps l'usage.

Je me suis bien trouvé également de petits suppositoires uréthraux que je fais faire par M. Leclerc, soit au protargol, soit à l'iodoforme.

La dilatation de l'urèthre par de gros béniqués peut également être utile pour expulser les produits glandulaires, mais il faut pour cela que la prostate soit dans un état de calme parfait, autrement on risquerait de provoquer de dangereuses poussées congestives.

d) Traitement de la vessie.

Si la vessie est infectée par les sécrétions prostatiques qui y tombent, il faut la désinfecter par des lavages fréquents au nitrate d'argent. Ces lavages sont pratiqués à chaque séance nécessitée par le traitement de la prostate, mais il est bon en outre que le malade apprenne à se laver lui-même tous les jours la vessie sans sonde à l'eau boriquée, c'est le seul moyen de conduire à bien ces infections mixtes de la vessie et de la prostate.

Si la vessie est une fois désinfectée, ou si elle ne l'a pas encore été, il faut la protéger par des lavages, au moins d'eau boriquée, après chaque tentative thérapeutique sur la prostate. Il serait bon, si l'on a cru pouvoir recommander les évacuations spermatiques, de les faire suivre le plus tôt possible d'un lavage sans sonde à l'eau boriquée pour bien expulser les produits nuisibles issus des glandes prostatiques.

Tels sont, résumés trop brièvement, les procédés que nous avons à notre disposition pour combattre cette affection si rebelle, ils ont en général un assez bon effet immédiat, mais la guérison parfaite est bien difficile à atteindre. Je connais bien des malades que je considère comme absolument indésinfectables d'infections secondaires prostatiques et vésicales ; les gonocoques semblent opposer à notre traitement une résistance beaucoup moindre et je les redoute beaucoup moins que leurs successeurs.

Il ne faudrait pourtant pas nous croire absolument désarmés en présence de ces accidents, car dans bon nombre de cas, en particulier dans ceux où le massage évacue facilement la glande, nous pouvons presque compter sur la guérison, à la condition d'y mettre beaucoup de temps et de patience.

La question de la taille prérectale et de l'incision de la prostate par cette voie en cas de prostatite glandulaire chronique non abcédée, peut-être discutée dans certains cas, par exemple dans ceux où l'infection prostatique conduit à des phénomènes graves d'intoxication générale. Le Dr Poncet n'hésite pas à la recommander, mais n'ayant aucune expérience personnelle de cette méthode, je préfère me contenter de la signaler sans aucune appréciation.

Traitement de la vésiculite aiguë et chronique.

A l'état aigu la vésiculite doit être traitée comme la prostatite, à l'état chronique elle nécessite des massages évacuateurs de la vésicule malade avec lavages consécutifs de l'urèthre. Cette affection, heureusement rare, est encore plus rebelle que la prostatite et pourrait, elle aussi, conduire à des opérations chirurgicales, mais celles-ci sont à mon avis encore trop mal connues pour pouvoir être vulgarisées.

Au début de cet article, j'ai signalé à propos du diagnostic des prostatites chroniques que, dans ce cas, les taches laissées par les pollutions étaient parsemées de petites taches jaunes brillantes écailleuses, je tiens à compléter ici ce qui a trait à cette particularité. Ces taches épaisses, d'un jaune d'or, semblent absolument dues à du pus; il n'en est rien pourtant, elles sont formées par les grumeaux ressemblent au tapioca cuit qui viennent des vésicules à l'état normal. On n'y retrouve par l'analyse microscopique qu'une masse hyaline, parsemée de spermatozoïdes et sans leucocytes. Je m'en suis assuré en faisant sécher sur un linge les grumeaux obtenus par le massage et la vésicule. Il ne faudrait donc pas croire, quand on constate cette forme des pollutions, qu'elle soit due à une suppuration de la prostate ou des vésicules. Elle est uniquement due à ce que le magma vésiculaire normal ne s'est pas entièrement dissous, comme il doit le faire, dans le liquide prostatique, probablement à cause des modifications pathologiques de ce liquide. Somme toute, on ne rencontre pas ce phénomène chez les individus sains, mais il n'est pas l'indice d'une affection vésiculaire, il est plutôt symptomatique d'une altération des qualités du liquide prostatique sous l'influence de la prostatite chronique.

Traitement des tuberculoses locales par des injections d'extrait glycériné de foies frais de morue

Par le Dr Guerder

Une méthode rationnelle de traitement des tuberculoses locales doit envisager l'élimination totale des bacilles de Koch et de leurs produits. En dehors de cette élimination, il ne peut y avoir qu'une guérison clinique momentanée. Tôt ou tard on pourra voir de nouveaux foyers s'allumer, soit à la même place, soit à distance, ou une infection plus grave survenir : la phtisie, la méningite, la tuberculose généralisée.

Ici les faits cliniques sont d'accord avec les résultats de l'expérimentation. Les expériences de Prudden, Holdenspiel, Grancher, Strauss, Gamaléia, etc., qui nous montrent que les injections de bacilles morts provoquent des abcès et une cachexie mortelle, indiquent bien qu'il faut une élimination complète des bacilles et de leurs produits pour assurer définitivement la guérison anatomique du tuberculeux. Les méthodes dites antiseptiques, visant la destruction des bacilles, *in situ*, n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Les bacilles résistent mieux que nos cellules à l'action des agents dits bactéricides. Loin de chercher une méthode curative dans l'emploi de ces substances, il faut, au contraire, chercher à agir sur les cellules saines, les fortifier, car c'est par leur action seule que la guérison peut être obtenue.

Par la méthode des injections sclérosantes, M. le professeur Lannelongue a tenté, et souvent réalisé avec succès, la formation autour du foyer tuberculeux d'une zone de tissu scléreux, impénétrable au bacille, et qui isole en quelque sorte ce foyer du reste de l'organisme. La méthode dont nous allons parler a un objectif tout opposé : l'élimination de tous les tissus atteints par l'action bacillaire. Elle nous a été suggérée par des expériences que nous avions faites dans un autre but. En 1893, frappé des remarquables travaux de M. le professeur Gauthier sur l'huile de foie de morue, nous eûmes l'idée d'employer cette huile comme véhicule de la créosote, administrée par injections sous-cutanées, dans la tuberculose. M. Gautier démontre, en effet, que cette huile n'agit pas simplement comme un corps gras, mais qu'elle renferme : 1° Des principes biliaires qui exercent sur la nutrition générale une stimulation très nette ; 2° Très probablement un ferment encore inconnu. L'existence d'un ou plusieurs ferments élaborés par le foie, comme il s'en produit dans toutes les glandes, a été démontrée depuis par les travaux de MM. Roger, Mairet, Vires, Gilbert et Carnot, etc. Ces recherches démontrent que l'huile de foie de morue doit être tout autre chose qu'un simple corps gras, d'une assimilation plus facile que celle des autres graisses. On doit la considérer comme un vrai médicament possédant une triple action : 1° Par sa graisse ; 2° Par ses principes biliaires stimulants de la nutrition et des sécrétions ; 3° Par ses ferments qui en font un médicament opothérapique dont les effets sont encore insuffisamment connus, mais très certains.

L'injection sous-cutanée d'huile de foie de morue vraie, parfaitement stérilisée, à la dose d'un centimètre cube, donne lieu aux phénomènes suivants : Immédiatement après l'injection survient, *in loco*, une douleur très vive qui dure plusieurs heures, mais n'est accompagnée d'aucun phénomène réactionnel immédiat. Cette douleur s'apaise peu à peu ; 24 à 48 heures après, se produit dans la région un gonflement douloureux avec rougeur et tension de la peau, élévation de la température générale, symptômes qui ont toute l'allure d'un phlegmon en voie de formation.

Cet état inflammatoire dure de 2 à 4 jours, puis s'apaise peu à peu, et tout rentre dans l'ordre. Généralement, au bout de 4 à 5 jours, la région où a été faite l'injection a repris son aspect normal.

Dans l'espoir d'obtenir un produit plus tolérable, je préparai un extrait glycériné de foies très frais de morue, complètement neutre et stérilisé à 120°.

Les injections pratiquées avec cet extrait furent aussi suivies immédiatement d'une douleur beaucoup plus légère que celle que produisait l'injection d'huile, et 24 à 48 heures après, des phénomènes réactionnels décrits plus haut ; mais ces phénomènes étaient moins intenses et duraient moins longtemps. En diluant l'extrait avec de l'eau salée stérilisée, on les amoindrissait encore, et ils devenaient parfaitement tolérables.

Nous avons d'abord employé ces injections chez des phtisiques, et nous avons pu obtenir une certaine amélioration : stimulation générale, augmentation de l'appétit et des forces, diminution de l'oppression et des sueurs. Chez certains, les phénomènes de réaction s'accompagnaient d'une élévation de température qui atteignait parfois 39°, 40° ; les mêmes malades étaient très sensibles à toute autre injection et avaient de l'élévation de température à la suite d'une simple injection d'eau salée. Les mêmes effets se sont produits chez certains malades atteints de tuberculoses externes.

Toutefois, l'amélioration obtenue chez certains phtisiques persistait assez longtemps pour nous inciter à rechercher quel pouvait être le mode d'action de ces injections.

Nous avons donc fait sur des lapins et des cobayes diverses séries d'expériences dont nous allons donner un court résumé.

Dans une première série d'expériences, nous avons injecté dans les cuisses de

six cobayes et de quatre lapins, dans le but de provoquer des abcès tuberculeux, une émulsion de bacilles de Koch, tués par la chaleur, que nous devions à l'obligeance de M. le professeur Nocard.

La moitié des animaux servit de témoins, l'autre moitié fut soumise au traitement suivant :

Quinze jours après l'injection de bacilles, on pratiqua, au même niveau, une injection d'un demi-centimètre cube d'extrait de foie de morue, qui fut répétée tous les huit jours. Ces injections n'empêchèrent dans aucun cas l'abcès de se produire, elles en hâtèrent même l'ouverture, mais ces abcès guérirent après 3 ou 4 injections, soit en moyenne au bout d'un mois.

Chez les animaux témoins, il en fut autrement : deux des cobayes moururent cachectiques, le troisième survit depuis plus d'un an, mais son abcès n'est pas guéri et donne encore une gouttelette de pus à la pression.

Les deux lapins ont survécu : chez l'un, l'abcès a guéri au bout de huit mois, chez l'autre, il suppure encore.

On pouvait interpréter ces résultats en supposant que l'extrait de foie de morue stérilisait la toxine tuberculeuse recélée dans le corps des bacilles et lentement abandonnée par eux.

Pour vérifier le fait, nous avons injecté une émulsion de bacilles dans l'extrait même.

Le résultat fut encore la formation d'abcès. La neutralisation des toxines n'existait donc pas, ou était incomplète.

Des injections faites avec une émulsion de bacilles dans l'extrait préparé depuis plus de trois mois ne donnèrent pas d'abcès dans les limites de temps habituelles, mais seulement au bout d'un mois et demi.

Il semble que l'extrait ait neutralisé les toxines déjà diffusées hors des bacilles, puis, plus tard, quand il fut résorbé, de nouvelles toxines se sont diffusées et ont produit l'abcès.

Enfin nous fîmes des injections de toxines en solution, préparées par une longue trituration des bacilles et filtrées.

Un centimètre cube de cette solution de toxine, injectée dans la cuisse d'un cobaye, y provoquait la formation d'un abcès en 5 ou 6 jours.

Cette solution fut mélangée à de l'extrait dans la proportion de 1 à 3.

Il se produisit des phénomènes réactionnnels assez intenses : fièvre, prostration, entremêlées de convulsions, durant 48 heures, gonflement considérable de la cuisse, mais il n'y eut pas d'abcès. Ces phénomènes réactionnels peuvent être attribués à la dose exagérée d'extrait injecté, peut-être aussi à la glycérine.

Il résulte de ces expériences que l'extrait glycériné de foies de morue semble bien exercer une certaine action neutralisante directe sur la toxine tuberculeuse.

Il y a 40 à 50 ans, l'huile de foie de morue jouait dans la thérapeutique un rôle beaucoup plus important qu'aujourd'hui.

Divers auteurs l'ont étudiée avec le plus grand soin et ont constaté que son ingestion agit sur l'organisme en exerçant un effet sur l'état d'intoxication de cet organisme.

Voici comment Trousseau résume ces recherches :

« *Que l'huile de foie de morue exercerait de préférence son summum d'action dans les formes de phtisie pulmonaire, en apparence les plus graves, ou tout au moins, dans les périodes les plus avancées de la maladie, dans celles, en un mot, qui s'accompagnent de troubles plus ou moins profonds dans les fonctions de sécrétion et de nutrition* ».

Ce qui, dans le langage scientifique actuel signifie que son action se fait le mieux sentir sur les organismes les plus profondément intoxiqués.

Nous avons rapporté déjà que, d'après M. Gauthier, les principes actifs de l'huile de foie de morue portent précisément d'une façon remarquable leur action sur les fonctions de nutrition et de sécrétion.

A côté de cette action neutralisante des toxines qui, en réalité, n'est pas suffisamment établie, mais probable, il résulte encore de nos expériences que les injections d'extrait, *in situ*, guérissent les abcès tuberculeux produits chez les animaux par les injections de bacilles morts.

Cette action curative, établie par nos expériences, nous a amené à essayer ces injections dans le traitement des tuberculoses locales chez l'homme.

1re Observation — B..., âgé de 50 ans, a eu des habitudes alcooliques, il est très usé, sans forces et ne peut plus travailler. Il y a trois ans, il fut atteint de pleurésie et, depuis cette époque, il est encore plus faible; il tousse, maigrit, et crache le matin. Il y a huit mois, il fut atteint d'une ostéite tuberculeuse de la malléole externe gauche. Abcès froid consécutif, carie superficielle de l'os qui est dénudé. Il y a trois mois, on lui fit à St-Louis un grattage qui n'amena pas la guérison.

Le 23 juillet 1897, il se plaint de sa plaie qui le fait souffrir et l'empêche de marcher. Cette plaie est circulaire, d'un diamètre de deux centimètres, à bords déchiquetés, à fond grisâtre, entourée d'une zone rougeâtre, dans laquelle s'ouvrent deux petites fistules communiquant avec la plaie. L'os est dénudé, la suppuration est séreuse, assez abondante.

Je lui fais le même jour, à la périphérie de la plaie, une injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube d'huile de morue stérilisée qui détermina pendant la nuit, de vives douleurs qui empêchèrent le malade de dormir. Le lendemain je le trouvai avec de la fièvre, des douleurs s'irradiant le long de la jambe jusque dans la cuisse. Le pourtour de la plaie était très rouge, boursoufflé, très sensible. La suppuration semblait tarie. Cette réaction locale dura cinq jours, puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment, la plaie prit un tout autre aspect; le fond grisâtre disparut pour faire place à des bourgeons rosés de bonne nature, les bords s'affaissèrent, les petites fistules se fermèrent en trois jours. Le 31, la plaie a pris complètement l'aspect d'une plaie ordinaire en voie de bourgeonnement et de cicatrisation. L'état général est bon, le malade qui ne souffre plus, dort bien et reprend de l'appétit. Le 13 août, la plaie est complètement cicatrisée, la guérison avait donc été obtenue en 20 jours, mais, malgré la petite quantité d'huile injectée la réaction nous a paru trop violente et trop douloureuse. Aussi avons-nous renoncé à l'huile pour la remplacer par un extrait glycériné de foies frais de morue, plus ou moins dilué, qui fut seul employé dans les observations suivantes.

2e Observation. — Hôpital Saint-Louis, service de M. Nélaton. Le nommé Bas, âgé de 40 ans, est atteint d'un abcès froid de la fesse gauche, vers le milieu de cette fesse existe une ouverture donnant suite à un trajet fistuleux qui remonte vers la partie supérieure et antérieure, tellement long qu'un stylet ordinaire n'en atteint pas la limite. Dans le pli fessier, on constate une seconde fistule qui ne communique pas avec la première mais s'étend vers la branche ascendante de l'ischion. La suppuration est extrêmement abondante. Le malade est amaigri, pâle, sans appétit et sans forces. Il ne peut marcher ni se tenir assis sans souffrir vivement. La fesse est gonflée, d'une dureté ligneuse tout le long du trajet fistuleux. Le 8 octobre 1897 je pratique une première injection d'un centimètre cube d'extrait de foie de morue qui ne donne lieu a aucune réaction. Afin d'arriver avec l'injection le plus près possible du foyer originaire de l'abcès, je suis obligé d'employer de très longues aiguilles que j'enfonce perpendiculairement à la surface de la peau, au niveau de l'extrémité supérieure du trajet fistuleux. Le tissu de la fesse est tellement induré que l'aiguille pénètre difficilement et crie sous la pression.

Le 16 octobre, injection de trois seringues de Pravaz; légère réaction.

Le 24, même injection; la réaction est plus vive, mais pas de fièvre.

Les injections furent continuées, tous les huit jours, à la dose de trois centimètres cubes.

Le 4 novembre on constate une diminution de la suppuration, la réaction locale devient plus intense et l'injection est réduite à 2 centimètres cubes.

Le 14 novembre la suppuration a encore diminué, mais ne s'est pas modifiée dans son aspect. En pressant sur le trajet fistuleux on fait sortir une quantité considérable, une bonne cuillère à soupe de matière caséeuse blanche. Les jours suivants cette matière caséeuse est plus abondante dans le pus du pansement. Il semble qu'un abcès caséeux assez considérable soit ouvert dans le trajet fistuleux.

Le 24 novembre la suppuration a suffisamment diminué pour que l'on puisse retirer le drain. De temps en temps, il s'élimine toujours d'abondantes matières caséeuses.

L'état général du malade s'est beaucoup amélioré; il se lève et descend même au jardin quand le temps est beau; l'appétit est bon et les forces reviennent rapidement.

Le 2 décembre, la suppuration diminue toujours, mais la sonde pénètre toujours aussi profondément dans le trajet fistuleux; dans le pli fessier, où je n'ai pas encore fait d'injection, la suppuration a beaucoup augmenté, mais on ne peut trouver aucune communication de cet abcès avec celui de la région fessière supérieure.

Le 15 février, la suppuration a diminué au point que le pansement quotidien n'est plus nécessaire; l'état général du malade est excellent; il a repris des forces et de l'embonpoint. L'état local s'est aussi amélioré; la fesse est moins gonflée, mais indurée; il sort encore de temps en temps des matières caséeuses, quand on exerce une forte pression sur le trajet fistuleux. Le malade est assez bien pour aller passer 15 jours en convalescence à Vincennes. A son retour, il a encore gagné des forces et se sent capable de reprendre son métier de chanteur ambulant. Il vient tous les huit jours, mais assez irrégulièrement, recevoir son injection. A la fin de juillet, la guérison est complète, et se maintient depuis. La fesse a repris son aspect normal, sauf la cicatrice, et toute induration scléreuse à disparu.

Cette observation donne lieu à diverses remarques :

1° Le relèvement général du malade qui a été très rapide. Sans doute il faut en attribuer une part à la diminution de la suppuration. Mais il s'est opéré beaucoup plus rapidement que cette diminution, ce qui semble bien indiquer une action générale des injections sur tout l'organisme en même temps qu'une action locale ;

2° Dans l'action locale il y a lieu de remarquer l'évacuation des abcès caséeux qui se trouvent disséminés dans les tissus avoisinant les trajets fistuleux;

3° La diparition progressive de l'état scléreux lardacé de ces mêmes tissus et leur retour à leur constitution normale.

3e Observation. — Emile S., actuellement âgé de 18 ans, père diabétique, mère de santé délicate, a perdu un frère aîné de phtisie pulmonaire. Il y a 8 ans, S. fut atteint d'un abcès à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche; une suppuration abondante, le dépérissement de l'enfant, malgré tous les soins, décidèrent alors, au bout de trois ans, les parents à une intervention chirurgicale qui amena une guérison temporaire de cet abcès; un asssz gros séquestre, dit-on, fut enlevé.

Au mois de mai 1896, à la suite de fatigues, il se forma un nouvel abcès à la région antérieure de la même cuisse, à peu près au niveau du premier, ce second abcès ne guérit pas.

Je vis le malade le 20 octobre 1897. La cuisse est atrophiée, à la partie intéro-interne se trouve une longue cicatrice déprimée, et adhérente à l'os. A huit centimètres au-dessus de la rotule se trouve une petite plaie, ouverture d'un trajet fistuleux qui s'étend de bas en haut et d'avant en arrière et par lequel on arrive sur le fémur; vers le tiers inférieur, l'os est dénudé, mais pas sur une grande surface, on ne sent aucun séquestre mobile. Depuis ce niveau jusqu'au dessous de la plaie, les parties molles sont gonflées, dures, sensibles à la pression. La marche est fort difficile, la jambe étant beaucoup plus faible que l'autre et à cause des douleurs qu'elle détermine. L'état général est mauvais: le malade est pâle, amaigri, dort mal et n'a point d'appétit. Je fis le jour même une injection d'un demi-centimètre cube d'extrait de foie de morue, qui n'amena presque pas de réaction.

Le 24 octobre, injection d'un centimètre cube: la réaction est un peu plus accentuée; le

malade a éprouvé le lendemain de la douleur et de la chaleur au niveau de l'injection, sans fièvre : les phénomènes ne durèrent que 24 heures.

Les injections furent continuées et pratiquées à la dose d'un centimètre cube tous les huit jours. A chaque injection nouvelle, la réaction était plus vive que pour la précédente et durait plus longtemps.

Le 22 novembre, après la cinquième injection, il y eut une évacuation abondante de matière caséeuse, la suppuration qui avait déjà un peu diminué, augmenta de nouveau pendant quelques jours.

Le 8 décembre, il y eut une nouvelle évacuation de matière caséeuse, suivie encore d'une augmentation momentanée de la suppuration.

A partir de ce moment la suppuration alla en diminuant, mais l'état général s'améliora très rapidement ; le sommeil était excellent ; le malade ne souffrait plus, sauf après les injections, il marchait plus facilement, dormait bien et reprenait des forces. Le 15 janvier, l'abcès est complètement cicatricé, le malade se portait très bien et depuis sa santé a continué à être excellente.

Comme dans l'observation précédente nous ferons remarquer ici le relèvement rapide de l'état général après quelques semaines de traitement, mais dans cette observation ce relèvement semble surtout s'être opéré après l'évacuation des abcès caséeux. Y aurait-il dans la substance caéeuse quelque toxine qui empoisonnerait l'organisme et dont l'élimination permettrait une rapide restauration ?

4e Observation. — Ganglions énormes et multiples du cou, Mme D..., âgée de vingt-huit ans, d'une santé délicate, cheveux roux, taches de rousseur de la peau, présente, dans la région cervicale latérale, au-dessous et un peu en arrière de l'oreille droite un amas ganglionnaire de la grosseur d'un gros poing. La tête, gênée par cette masse est inclinée du côté opposée comme s'il existait un torticolis. La malade dit avoir toujours eu des glandes, mais ce gonflement considérable n'est survenu qu'il y a 20 mois à la suite de la naissance de son enfant. Les glandes ont été traitées par les toniques et les pommades fondantes sans aucun résultat.

En outre de ce gros paquet ganglionnaire, la malade présente au-dessus des clavicules, des deux côtés, plusieurs ganglions de la grosseur d'une aveline. Aucune de ces glandes ne suppure, mais dans le gros amas on sent plusieurs points fluctuants dont l'ouverture ne tarderait pas à se faire.

Le 16 octobre 1898, je pratique dans le tissu de la glande, au niveau d'un des points fluctuants, une injection d'une centigramme d'extrait glycériné de foie de morue. La réaction locale fut vive, mais sans élévation de température. Les injections furent pratiquées tous les huit jours, chaque fois dans des points différents, de préférence aux endroits où l'on percevait de la fluctuation. Le paquet glandulaire diminuait peu à peu et il ne se produisit pas d'ouverture des foyers ramollis jusqu'au 15 décembre. Ce jour-là, la malade se présentait avec trois ouvertures dans sa grosse masse ganglionnaire. Par la pression, je fis sortir par ces ouvertures une quantité considérable de matière caséeuse, au moins la valeur de deux cuillères à soupe. A partir de ce moment, le paquet glandulaire diminua très rapidement. Il y avait très peu de suppuration et la pression faisait toujours sortir de la matière caséeuse. L'état géneral de la malade s'amenda rapidement, elle disait elle-même se sentir beaucoup plus forte; toutefois les ganglions fortement diminués et réduits au volume d'une noix pour le plus gros, d'une aveline pour deux autres, malgré la cicatrisation des ouvertures, restèrent stationnaires et fortement indurés. Après trois mois de cessation du traitement, la malade revint. Les ganglions de la grosse masse étaient restés au même point ; mais il y avait une suppuration des ganglions sus-claviculaires des deux côtés, et l'état général était moins bon. Le traitement fut repris et les injections pratiquées dans les ganglions en voie de suppuration. La cicatrisation fut complète après un mois de traitement.

Dans cette observation, on voit encore l'état général s'améliorer après l'évacuation des dépôts caséeux, car ici, on ne peut attribuer cette amélioration à la diminution d'une longue suppuration qui n'existait pas.

5e Observation. — Mme Pr..., hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, 28, âgée de 36 ans, veuve ; a eu deux enfants morts en naissant et une fausse couche. Sa santé a été bonne jusqu'à il y a deux ans où elle fut atteinte, à la suite d'un refroidissement, d'une laryngo-bronchite avec para-

lysie des cordes vocales et d'un état asphyxique qui nécessita la trachéotomie. A sa sortie de l'hôpital, en septembre 1897, elle souffrit de privations, ses genoux enflèrent, elle fut traitée par des pointes de feu.

En septembre 1898 survint un gonflement de la jambe gauche qui fut encore traité par les pointes de feu, puis il survint un abcès qui la décida à entrer à l'hôpital le 6 mai 1899.

Etat actuel : Cette femme est maigre, pâle, profondément anémique, ne mange pas, ne dort pas, tousse et crache beaucoup.

Sur le cou-de-pied gauche siège une large plaie, creusée profondément, à fond grisâtre sur lequel on voit les sallies des tendons dénudés et coupée par quelques points irréguliers de peau saine. Cette plaie couvre toute la partie antérieure du cou-de-pied, d'une malléole à l'autre, et suppure abondamment; ses bords sont gonflés, décollés et présentent plusieurs pertuis fistuleux, communiquant avec elle par des sillons sous-cutanés. Les ponts de peau en apparence saine sont aussi décollés.

En arrière des malléoles, en avant du tendon d'Achille se trouvent encore deux plaies suppurantes qui communiquent avec la plaie antérieure. Nulle part on ne peut constater d'os dénudé. Les lésions paraissent bornées aux synoviales. La première injection d'un centimètre cube d'extrait de morue fut pratiquée le 15 mai; il n'y eut qu'une légère réaction. L'injection suivante détermina une réaction un peu plus accentuée; la malade se plaignit d'élancements pendant un jour et une nuit. Le 19 juin la plaie s'est détergée, le fond grisâtre a disparu et est remplacé par un commencement de bourgeonnement rosé de bon aspect; la suppuration et les douleurs ont beaucoup diminué. Le gonflement de la région a disparu, sauf en arrière, dans la région du talon où les injections furent alors pratiquées. Le 17 juillet, la plaie se cicatrise régulièrement : il y a même un bourgeonnement excessif qu'il faut réprimer. L'empâtement de la région du talon a beaucoup diminué. En même temps l'état général de la malade s'améliore; elle reprend de l'appétit et des forces.

La cicatrisation est complète à la fin de septembre. Cette malade porte encore un abcès tuberculeux au-dessous du genou droit à la partie interne, un autre en voie de formation, au-dessus de la clavicule gauche. Les injections n'ont eu aucune influence sur la marche de ces lésions qui vont être traitées isolément; ceci prouve que leur action est surtout locale.

La même remarque s'applique à l'observation 4.

Il ressort de ce travail :

1° Que l'huile de foie de morue, même pure, ne peut être employée en injections sous-cutanées à cause des vives douleurs auxquelles ces injections donnent lieu.

2° Que, d'une manière générale, les injections sous-cutanées d'extrait glycériné de foies frais de morue, pratiquées aseptiquement, sont inoffensives. Elles ne donnent lieu à une élévation un peu marquée de la température qu'à une dose trop élevée ou, chez certains tuberculeux irritables qui réagissent de même à l'égard de toute autre injection sous-cutanée. Nous n'avons jamais observé, à leur suite, d'éruption d'aucune sorte.

Néanmoins, on fera toujours bien de débuter par les doses faibles ou avec de l'extrait dilué par de l'eau salée stérilisée.

3° Les injections produisent une action locale, mais aussi une action générale.

L'action locale est la plus évidente, la plus énergique et la plus efficace. Lorsque l'injection est faite dans un tissu sain, elle donne lieu à des phénomènes réactionnels traduisant vraisemblablement un appel de phagocytes; les mêmes phénomènes réactionnels se produisent quand l'injection est pratiquée dans le tissu tuberculeux ou dans son voisinage.

Il est vrai qu'alors la réaction est moins intense, à cause de la moindre vitalité des tissus; mais elle augmente progressivement avec la répétition des injections.

Il faut donc admettre qu'il se produit au niveau de l'injection, pour parler le langage scientifique d'aujourd'hui, des phénomènes d'active phagocytose, que ces phagocytes,

ainsi attirés, qui jusque-là luttaient très mollement contre les bacilles et leurs produits, se trouvant stimulés, envigorés, par l'action de l'extrait, luttent alors avec énergie et succès.

Ils semblent ainsi provoquer l'élimination des tissus tuberculisés par une action qui peut être rapprochée de celle du sérum antidiphtéritique, lorsque ce dernier provoque l'élimination des fausses membranes par la stimulation des phagocytes sous-jacents.

Seulement, dans la tuberculose, cette action se produit avec plus de lenteur.

L'évacuation des abcès caséeux que recèlent les tissus environnant le foyer tuberculeux, se produit de la même façon.

4° Il y a une action générale, due probablement à une action directe de l'extrait sur tout l'organisme.

L'action générale de l'huile de foie de morue sur l'organisme est indéniable, et quoique les doses d'extraits injectées soient minimes, il faut tenir compte de ce que l'extrait est beaucoup plus riche que l'huile en principes actifs et, croyons-nous, surtout en ferments.

Cette action générale se trouve démontrée :

1° Par nos expériences sur les animaux;

2° Par l'amélioration que produisent les injections chez les phtisiques;

3° Par le relèvement souvent très rapide de l'état général de nos malades traités.

Ce relèvement se produit bien avant qu'il n'y ait une diminution notable de la suppuration et même dans les cas où cette suppuration n'existe pas (obs. 4). Toutefois la diminution de la suppuration, l'évacuation des abcès caséeux, exercent aussi indirectement une action favorable sur l'état général.

Enfin, il est possible que les cellules vivement stimulées sécrètent une substance qui agirait comme antitoxique.

Quoi qu'il en soit, cette action générale n'est pas suffisante pour que l'on puisse considérer les injections d'extrait de foie de morue, pratiquées à distance de la région malade, comme un traitement efficace de la phtisie. Les observations 4 et 5 démontrent qu'elles n'ont aucune action, à distance, sur les foyers tuberculeux, ni une action spécifique ou élective sur les tissus atteints par le bacille, analogue à celle de la tuberculine. Pendant que le foyer traité guérit, les foyers éloignés demeurent sans modifications.

Pour être efficace, le traitement doit être rigoureusement local, et pour obtenir dans la phtisie pulmonaire des résultats analogues à ceux que nous avons obtenus dans les tuberculoses externes, il faudrait pratiquer les injections dans le poumon, directement, au niveau de la lésion, traiter, par exemple, une caverne pulmonaire comme un abcès froid. Nous n'avons pas osé aborder de semblables tentatives tout en les considérant, en principe, comme devant être un jour réalisables, les progrès de la radiographie permettent un diagnostic suffisamment précis du siège de la lésion.

NOTE. — Ces conclusions se rapportent à des cas de tuberculoses ouvertes, déjà anciennes, dans la guérison desquelles l'évacuation des produits tuberculeux semble jouer un rôle considérable. Nous croyons, d'après quelques observations actuellement en cours, qu'elles doivent être modifiées lorsqu'il s'agit de cas plus récents, de tuberculoses encore fermées, sans collection purulente. Dans ces cas, nous voyons, sous l'influence du traitement, la résolution se faire graduellement et se traduire par la disparition de la douleur, du gonflement et de l'impotence fonctionnelle.

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Séance du 20 décembre 1899

Présidence de M. PORTES, président

M. Vigier présente quelques observations au sujet de la *Médication chlorhydropeptique*. L'orateur qui a rédigé, il y a quinze ans environ, l'article du Codex concernant, les pepsines, tient à justifier les appréciations que contient cette publication. A l'époque où fut rédigé l'article, il régnait une véritable anarchie au sujet des pepsines, on ne savait pas faire des analyses probantes concernant la valeur de ces produits, et l'orateur a dû, par de nombreuses expériences, démontrer que les élixirs et vins de pepsine présentaient une valeur médicamenteuse réelle, alors que jusque-là on admettait que l'alcool détruisait entièrement la pepsine ou au moins lui enlevait toutes ses propriétés. A ce moment, on ne possédait pas de pepsines dépassant le titre 20, et si le Codex indique, pour la fabrication des vins et élixirs, qu'il faut 1 gr. de pepsine par cuillerée à bouche, et que cette quantité digère 10 gr. de fibrine, c'est qu'on croyait que la présence d'alcool dans les vins et élixirs diminuait de moitié la valeur active du ferment.

La pepsine, comme le démontrèrent plusieurs expériences à l'époque, est beaucoup plus énergique qu'on ne croit, à condition de ne pas tomber dans des errements dont les praticiens sont coutumiers. On voit trop fréquemment ceux-ci prescrire, par exemple, des cachets contenant de la pepsine mélangée au benzonaphtol, au bicarbonate de soude : on fait en outre prendre souvent la pepsine au commencement du repas. Or, la pepsine doit être prise à plusieurs reprises, et jamais avant le milieu du repas : quand aux additions médicamenteuses, elles détruisent le pouvoir digestif de la pepsine. La pepsine sera prescrite pure ou sous forme d'élixir ou de vin.

L'acide phosphorique peut fort bien remplacer HCl pour effectuer la digestion des albuminoïdes : quand à la prescription d'un gramme de pepsine à la fois, elle est loin d'être aussi insuffisante qu'on l'a affirmé à la dernière séance.

M. Mathieu tient à constater qu'il est peu documenté sur la médication chlorhydropeptique. En cherchant à remplacer l'acide chlorhydrique insuffisant de l'estomac, on est bien vite arrêté par le fait que les doses suffisantes ne sont pas supportées. Quand à la pepsine, elle n'a jamais servi qu'à produire une certaine suggestion chez le malade ou à lui faire prendre patience en ayant l'air de prescrire une médication accompagnant le régime, seul efficace pour l'orateur. La médication indirecte est destinée à exciter la sécrétion d'HCl, au même titre que le massage, les alcalins, etc. Il faut alors recourir aux doses faibles, trois gouttes une heure après le repas, trois autres gouttes une heure plus tard, additionnées d'une teinture amère quelconque : avec cette prescription, on arrive à exciter l'appétit. Pauloff a démontré que l'apport d'HCl et de peptones dans l'estomac excite la motricité et la sécrétion stomacales, à petites doses.

La gastérine de Frémont représente la médication substitutive *vraie* : on se trouve en présence de faits absolument inédits, d'une ère nouvelle dans ce domaine. La méthode est évidemment d'exécution dificile, impossible à suivre à l'hôpital, par exemple, limitée par conséquent à la clientèle particulière, ce qui gêne dans une grande mesure l'expérimentation scientifique. Il est enfin malaisé de remplacer la gastérine par des liquides artificiels possédant les mêmes propriétés. Les orateurs de la précédente séance, en proposant d'employer des pepsines à titre plus élevé que jusqu'ici, sont entrés dans la même voie que Frémont mais la question est à peine posée, et nous ne savons rien encore pour ainsi dire sur ce sujet. M. Frémont a donné des observations de sujets arrivés au dernier degré de la cachexie, sauvés par la médication, mais il ne nous a donné aucun détail concernant le type de leur sécrétion gastrique, l'état de leur motilité stomacale ; bref, le déterminisme de la médication reste encore à fixer. Dans les malades de M. Frémont, il y a sans doute des neurasthéniques, que le gavage améliore rapidement : en leur administrant un suc gastrique très actif, on a donc fait une sorte de gavage curatif. D'autres malades sont peut-être des hyperchlorhydriques, l'orateur a eu en tout cas l'occasion d'en observer un qui présentait 1 gr. 20 00/00 d'HCl libre et a retiré un grand bénéfice de la médication par la gastérine que M. Frémont lui avait administrée. On se trouve, en résumé, en présence d'une série de faits indéniables, mais dont l'interprétation scientifique est encore à faire : si l'on négligeait ce côté de la question, il arriverait que tous les praticiens commenceraient par s'engouer de cette médication, en l'absence d'indications précises, et que bientôt les insuccès la feraient rejeter injustement.

M. Catillon a fait, il y a 20 ans, une série de communications concernant la pepsine : il a pu reconnaître à cette époque, contrairement aux opinions d'auteurs plus récents, qu'en additionnan une bonne pepsine à une mauvaise on améliore, *in vitro*, l'activité digestive de cette dernière. Déjà, à cette époque, l'orateur avait demandé qu'on augmentât les doses de pepsine et consécutivement celles d'HCl, puisqu'on ne saurait augmenter l'un des médicaments sans l'autre : or, HCl ne saurait être indéfiniment augmenté. D'un autre côté, on prescrit la pepsine à des dyspeptiques petits mangeurs, les bien portants n'en ont nul besoin. Un bifteack et un œuf exigent déjà 9 grammes d'HCl pour leur peptonisation ; cette dose est beaucoup trop élevée pour être prescrite aisément.

La question semble du reste avoir été mal posée. Un gramme de pepsine au titre 20 digère 20 grammes de fibrine, mais elle en fluidifie 200 grammes : la digestion se continue dans l'intestin sous l'influence du suc pancréatique. A l'état normal, l'estomac n'est là que pour effectuer cette dissolution, point n'est donc besoin d'administrer de fortes doses de pepsine pour obtenir es conditions d'une digestion normale.

A l'étranger, on a confondu la dissolution et la peptonisation, d'où discussions entre les divers chimistes : en France, le titre se rapporte à la peptonisation et, en examinant des pepsines étrangères à titres élevés, on s'aperçoit que la pepsine est beaucoup plus faible que le fabricant ne l'avait annoncé : ce dernier n'avait en vue que la dissolution.

M. Linossier est d'accord avec M. Catillon ; le rôle de la pepsine dans l'estomac consiste à fluidifier les albuminoïdes : or, c'est justement pour cette raison qu'il faut en prescrire de hautes doses. Les digestions artificielles ne donnent absolument pas une image de ce qui se passe dans a nature : dans l'estomac, il faut de grandes quantités de pepsine, car le pylore s'ouvre sans cesse, le suc digestif agit par lixiviation et entraîne avec lui dans l'intestin les parties fluidifiées. Si le pylore restait fermé, la digestion se passerait à peu près comme lorsqu'on opère *in vitro*, mais on sait aujourd'hui que tel n'est pas le cas, et la médication chlorhydropeptique substitutive n'est possible qu'à hautes doses ; les petites doses, si elles agissent favorablement sur la digestion, doivent agir par un mécanisme tout différent.

M. Mathieu rappelle qu'une heure après administration du repas d'épreuve d'Ewald, l'estomac ne contient plus que la moitié de ce repas. Pauloff a d'un autre côté démontré que la mise en train de la digestion pancréatique s'effectue par l'arrivée d'HCl dans l'intestin. Les digestions artificielles en sauraient nous donner une image d'un processus aussi complexe.

M. Leredde donne lecture d'une note intitulée : *dermographisme, dyspepsie par fermentation latente : guérison.* Le rôle des fermentations gastro-intestinales anormales dans la pathogénie de nombre d'affections cutanées est évident et Barthélemy, pour le dermographisme, arrive aux mêmes conclusions. L'orateur insiste sur ce fait que pour le dermographisme et l'urticaire, les plus légers symptômes de troubles gastro-intestinaux ont leur importance, alors qu'une médication dirigée uniquement contre les troubles du système nerveux ne donnerait aucun résultat.

L'orateur donne une observation concernant un malade émotif, présentant dans ses antécédents des troubles digestifs actuellement disparus, et atteint de dermographisme se manifestant par l'apparition de saillies pâles sur la peau dans tous les points soumis à une pression : pas de prurit. En l'absence de toute espèce de troubles digestifs, il était difficile de faire jouer à ces derniers un rôle étiologique dans l'apparition du dermographisme, la médication instituée s'adressa donc exclusivement au système nerveux : pendant 18 mois, le malade fut soumis à l'hydrothérapie, aux bromures, etc., sans aucun succès. Au moment où l'orateur le vit pour la première fois, l'état était stationnaire. Un examen du suc gastrique démontra à ce moment la présence de 1,26 00/00 d'acide butyrique libre, alors qu'aucun symptôme n'avait décelé la modification du chimisme stomacal. L'indication d'une médication antiseptique et laxative s'imposait et le résultat thérapeutique fut rapidement obtenu. En 15 jours l'amélioration était évidente et au bout d'un mois et demi la guérison complète.

Il y a deux points à retenir dans cette observation :

1° Des quantités considérables d'acide butyrique libre peuvent exister dans l'estomac sans qu'on observe un trouble dyspeptique quelconque.

2° Le traitement des troubles gastro-intestinaux a amené une guérison rapide dans un cas où la médication destinée à combattre les troubles nerveux avait entièrement échoué.

Les urines du malade contenaient de l'urobiline, des acides biliaires, preuve évidente que la glande hépatique jouait un rôle assez important dans la genèse des accidents : la médication laxative produisit une action curative rapide.

Cette observation est peut-être insuffisante pour étayer toute une doctrine pathogénique, mais elle a semblé si probante à l'orateur qu'il n'a pas hésité à la publier pour attirer l'attention du public médical sur cette question.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de la coxalgie (*Société de chirurgie*, 6 et 13 décembre 1899). — Suite de la discussion sur le traitement de la coxalgie. MM. Schwartz et Zélifet soutiennent de nouveau que la *résection* est le meilleur moyen de supprimer un foyer tuberculeux et que, somme toute, l'existence est en jeu. Le résultat orthopédique doit être relégué au second plan; d'ailleurs des appareils permettent d'améliorer la marche chez les sujets qui ont subi la résection. M. Kirmisson persiste à préférer le traitement conservateur et produit une jeune malade qui paraît bien guérie par ce moyen. Il faut, selon lui, agir avant que les abcès soient devenus superficiels. M. Ménard (de Berck-sur-Mer) exprime une opinion éclectique en disant qu'il emploie toujours le traitement conservateur pour commencer. Les injections intra-fistuleuses au *thymol camphré*, qui ne sont, ni toxiques, ni douloureuses, ont ses préférences. Mais si l'amélioration se fait par trop attendre, il faut selon lui, recourir à la résection suivie de réunion par première intention. En effet, cette opération, qui est radicale, fournit des résultats orthopédiques suffisants, à la condition qu'on n'ait pas laissé les lésions s'étendre au loin. La longueur et l'attitude du membre sont très satisfaisantes. Des appareils peuvent être ensuite d'un grand secours pour la marche.

A. Benoit.

De la radiographie dans le traitement des fractures (*Société de chirurgie*, 13 décembre 1899). — M. Tuffier a fait radiographier toutes ses fractures avant et après la réduction sous appareils. Il y a remarqué que la réduction est loin d'être parfaite dans des cas où, cependant, la guérison a lieu sans aucune gêne fonctionnelle. La coaptation est le plus souvent imparfaite. Nous nous en doutions quelque peu, sans quoi le nombre des pseudarthroses serait considérable, avec les procédés grossiers qui sont encore en usage. Mais la radiographie doit servir aujourd'hui, non seulement aux constatations dont M. Tuffier vient de nous exprimer le résultat, mais à la rectification de cette réduction sous l'écran et pendant que sèchent les appareils plâtrés, appliqués après les manœuvres rationnelles de réduction.

A. Benoit.

A propos du traitement des fractures de la cuisse, par M. Martin (*Archives médicales Belges*, sept. 1899). — Un cas de fracture de la diaphyse fémorale par choc direct chez un soldat. Nous noterons la simplicité et surtout l'efficacité du traitement, particulièrement difficile, car il y eut en outre une esquille à enlever dans le cours du traitement. Extension continue, par la méthode américaine habituelle, le malade étant couché sur un mince matelas, au-dessous duquel on avait placé une planche pour avoir un plan rigide. Un pavé enveloppé était placé sous le pied sain, pour empêcher le malade de glisser. Contre-extension par le poids du corps, la tête étant plus basse que les pieds. Au lieu d'attelles ouatées, on imagina de placer de chaque côté de la cuisse des sacs de sable très lourds en forme de longs rouleaux, qui maintiennent les fragments en contact, sans empêcher l'observation constante du foyer de la fracture. Le malade ne garda qu'une claudication légère.

A. Benoit.

Procédé de gastro-entérostomie, par M. Rutkowski (*Centralb. f. Ch.*, 30 septembre 1899). — Pour pouvoir alimenter immédiatement les malades, sans avoir à craindre le manque de solidité des sutures, voici ce que propose cet auteur : on fait d'abord la gastro-entérostomie antérieure de Wolfer, puis la gastrostomie. Le tube en caoutchouc, qui est introduit par l'orifice stomacal, va plonger dans l'orifice de l'anastomose gastro-intestinale. Il est donc possible de passer les aliments directement dans l'intestin grêle. Au bout de dix jours, on enlève le tube de caoutchouc et la fistule gastrique ne tarde pas à se fermer. Trois succès par cette méthode.

A. Benoit.

Traitement radical du volvulus et l'invagination par la résection (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — v. Eiselsberg constate que jusqu'ici les opérateurs, qui n'hésitent pas à réséquer l'intestin en cas de hernie étranglée se contentent presque toujours de détordre ce dernier en cas de volvulus, ou de désinvaginer en cas d'invagination. Cette intervention est parfois insuffisante : les observations de volvulus récidivant ne sont pas exceptionnelles.

Les six cas de volvulus de l'S iliaque opérés depuis 3 ans à la clinique chirurgicale de Kœnigsberg, peuvent être divisés en deux groupes : 1° 4 cas de volvulus sans troubles de nutrition de la paroi intestinale, 2° 2 cas ayant donné 2 décès, avec gangrène plus ou moins étendue.

1° Deux des malades, après opération et guérison rapide, ont présenté, l'un des coliques fréquentes qui l'ont décidé à demander son entrée prochaine à la clinique, l'autre des accidents graves, avec douleurs et météorisme, un mois après la première intervention. Une seconde laparatomie démontra l'existence d'un nouveau volvulus, qui fut facilement détordu mais reprit de suite sa position première. Epaississement considérable du mésentère. En présence de cette situation, la résection sembla indiquée ; le malade guérit rapidement. Un troisième malade mourut d'iléus 8 mois après l'opération ;

2° Il va sans dire que dans ces deux cas la résection s'imposait, malgré la présence d'une péritonite septique. Dans les cas où la suture bout à bout pourrait présenter des difficultés, on a toujours la ressource de faire un anus contre nature et d'obturer le bout inférieur, en se réservant de réunir plus tard les deux bouts.

L'examen des faits ci-dessus amène à cette conclusion que l'opération radicale s'impose, la détorsion étant fréquemment insuffisante. Il y aura lieu de choisir entre la *colopexie*, la *rupture des adhérences* qui provoquent un rétrécissement de la base de l'S iliaque par rapprochement entre l'anse montante et l'anse descendante, et la *résection*.

La colopexie par suture du sommet de l'S iliaque à la paroi abdominale, ou suture du mesosigma au feuillet pariétal du péritoine, ne saurait empêcher la récidive qu'à condition d'immobiliser l'intestin par de nombreuses sutures : il y a sans doute quelque danger à cette pratique. En tous cas, il ne faudrait pas y songer en cas de gangrène ou d'amincissement trop considérable de l'intestin.

La rupture des adhérences ne donne pas non plus des résultats qu'on puisse espérer devoir être définitifs dans tous les cas : la résection offre beaucoup plus de sécurité, mais elle représente une opération importante, car on n'enlèvera pas seulement l'anse tordue, mais encore des portions importantes de mésentère épaissi. L'iléorectostomie, par exemple, serait plus simple à effectuer que la résection, mais ne mettrait pas à l'abri de la récidive.

La résection constitue-t-elle aujourd'hui une opération aussi dangereuse qu'autrefois ? Certainement non, ainsi que le prouvent les 9 cas de résection totale (2 morts), effectués à Kœnigsberg par l'auteur pour invagination. Dans un des cas mortels, l'intervention fut longtemps refusée, et on intervint à un moment ou une perforation spontanée de l'intestin avait déjà provoqué une péritonite. Dans le second cas le malade était si faible, qu'on se contenta à la première intervention d'une iléocolostomie latérale. Il y eut plus tard une perforation spontanée qui nécessita la résection totale, malheureusement inutile. Dans les 7 autres cas, la guérison fut obtenue : dans un d'entr'eux, la désinvagination réussit fort bien, l'intestin était dans d'excellentes conditions de nutrition, mais l'auteur fit tout de même la résection pour se mettre à l'abri des récidives.

En résumé, qu'il s'agisse de volvulus ou d'invagination, l'intervention la plus efficace et la moins dangereuse est la résection, car avec elle tout danger de récidive est exclu.

E. Vogt.

De l'hépatectomie, par M. Pantaloni (de Marseille) *Progrès Médical*, 28 octobre, 11 novembre 1899). — Excellente revue de la chirurgie des tumeurs du foie extirpables et en général de toutes les résections de cet organe. Indications principales : conditions *sine qua non* : infections du foie *localisées* et pas de lésions de cirrhose prononcées. Ceci dit, on peut avoir à réséquer partiellement le foie dans : 1° les *traumatismes* (ruptures), plaies, hernies ; 2° les infections chroniques localisées, formant *tumeur* (cirrhose localisée, tuberculose, syphilome, etc.) 3° les *anomalies* (lobes flottants); 4° tumeurs diverses *bénignes* (fibromes, fibro-sarcomes, lipomes, angines, kystes simples et alvéolaires); *malignes* adèomes, sarcomes cancer, à la condition qu'il ne soit pas secondaire, sauf indications spéciales ; 5° affections des voies biliaires propagées au tissu hépatique.

Que faut-il pour aborder l'ablation d'une portion plus ou moins considérable du foie ? L'*instrumentation* comprend surtout un grand nombre de moyens hémostatiques ; grand choix de *pinces à pression* de tous modèles, *curettes tranchantes*, *thermo-cautère*, matériaux pour *tamponnement*, *fils de soie* et de *catgut* de grosseurs

différentes, *liens de caoutchouc*, de solidité vérifiée. Comme *aiguilles*, Reverdin, droite et courbe, aiguilles à coudre enfilées, une *aiguille d'Emmet* à grande courbure, *trocart* courbe aplati en fourreau de sabre et une *broche* à hystérectomie, en cas de besoin.

MANUEL OPÉRATOIRE : Incision médiane ou latérale, oblique ou non. *Exploration du foie*, recherche de la localisation, tumeur unique ou multiple, pédiculée ou sessile, adhérente aux organes, etc., plus ou moins accessible et par conséquent opérable. *Extériorisation du néoplasme* ; on tire doucement au dehors le foie libéré de ses adhérences, pour éviter sa déchirure. O. Lannelongue a recommandé la résection du bord inférieur du thorax, pour les cas difficiles. *Micheli*, plus ingénieux, fait deux incisions verticales depuis la 5e côte, allant rejoindre une troisième incision transversale à deux travers de doigts au-dessous du rebord costal ; les côtes étant sectionnées, il peut rabattre à la fois vers le haut, sans ouvrir la plèvre, ce volet comprenant le sac pleural et le diaphragme. Ce procédé pourrait peut-être servir pour les tumeurs de la face convexe. *Triconi* fait la section des ligaments coronaire et triangulaires. Quelle que soit la méthode, nous arrivons à *l'incision hépatique*. Tous les procédés visent à se garer de l'hémorragie. Ils sont de trois ordres :

1° *Incision au termo-cautère* ou galvano-cautère ; a échoué dans beaucoup de cas, ne convient qu'aux minces pédicules ;

2° *Ligatures intra-hépatiques* préventives ou sutures préalables. Les ligatures sont modérément serrées et circulaires lorsqu'il y a un pédicule, ou doubles et croisées lorsqu'il faut traverser une grande épaisseur. La section se fait au bistouri et le thermocautère à peine rouge est promené ensuite sur la surface saignante. Quant aux ligatures intra-hépatiques, elles se font avec l'aiguille d'Emmet qui permet d'entraîner des fils doubles, que l'on croise ensuite pour enserrer de chaque côté les deux portions de la tumeur.

3° *Section ordinaire au bistouri* ou aux ciseaux ou même *curettage* et arrêt de l'hémorragie par les moyens chirurgicaux habituels. Cette dernière méthode a gagné beaucoup de terrain. Des expériences nombreuses ont démontré qu'il est relativement facile de saisir les vaisseaux sur la tranche et, en tirant légèrement, de les dénuder suffisamment pour poser une ligature, ou laisser des pinces à demeure. C'est dans ce cas que le chirurgien doit posséder une grande habitude et faire sans s'émouvoir, suivant les nécessités, de la *suture hémostatique*, ou ligature médiate, voire même la ligature à distance (ligature de l'artère mésentérique inférieure, de la veine porte : Langenbuch 1896), enfin le *tamponnement*, avec ou sans des rouleaux de gaz iodoformée (Hochenegg).

Deux grandes méthodes pour l'ablation des tumeurs : *Méthode intrapéritonéale* ; opération idéale, qui convient évidemment à toutes les tumeurs bien pédiculisées, après résection cunéiforme, sous la compression digitale des aides, laquelle ne cesse qu'après la suture des deux lambeaux. Le grattage, curettage, énucléation des kystes hépatiques n'offrent aucune difficulté spéciale à noter.

Méthode extrapéritonéale, calquée sur celle des hystrectomies abdominales, elle a pour objet de pouvoir surveiller la surface de section. C'est une méthode de nécessité. On peut, ou bien poser une forte ligature élastique (c'est ici que le trocart et la broche trouvent leur emploi), fixer le pédicule à la paroi et sectionner la tumeur, opérant ainsi *en un temps*, ou bien, abandonnant cette dernière sous un pansement, attendre sa mortification aseptique, opération *en deux temps*.

Accidents : *hémorragie secondaire* : surtout redoutable quand le foie a été réduit ; ne pas hésiter à rouvrir le ventre. *Embolie gazeuse ;* éviter la section de la *veine hépatique*. *Shock opératoire*, par infections, par perte de sang excessive due à une mauvaise technique : *sérum artificiel*. Enfin *septicémie*, comme dans toute autre opération.

Résultats éloignés : on manque de documents certains, mais on a noté quelques accidents douloureux dus sans doute à des adhérences contractées par le foie réséqué avec l'estomac, l'épiploon, le duodénum. Guérison opératoire dans la grande majorité des cas et résultats immédiats excellents. A. BENOIT.

Nouveau cas de péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X, par AUSSET et BÉDART (*Echo Médical du Nord*, n° 153, p. 604, 1899). — Chez une enfant de 4 ans, atteinte de péritonite chronique tuberculeuse à forme ascitique, le traitement radiothérapique a été appliqué à l'exclusion de tout autre traitement. La durée de chaque séance a été de 8 minutes, le tube étant placé à 0 m. 25 c. du ventre de l'enfant. Les séances ont eu lieu tous les deux jours et l'on en a augmenté progressivement la durée, en même temps que le tube était peu à peu rapproché de la paroi, de façon à arriver à des séances de 15 minutes, le tube étant placé à 0 m. 15 de la paroi. Le résultat obtenu a été la disparition totale du liquide, constatée par plusieurs ponctions exploratrices. En même temps l'état général présentait une amélioration notable, le poids augmentait, etc.

G. LYON.

Traitement du processus tuberculeux par le savon vert (*Therap. Monatshefte*, octobre 1899). — Kapesser recommanda en 1878 un traitement des adénites chroniques, consistant en frictions, deux fois par semaine, le soir, avec 15 grammes environ d'un mélange d'eau tiède et de savon vert. Ces frictions, exécutées avec un morceau de flanelle, doivent être faites sur la région dorsale, en partant des épaules jusqu'au creux poplité : au bout de 10 minutes, on lave la région à l'eau chaude.

Haussmann, de Meran, a soumis cette méthode à une expérimentation de plusieurs années, et en est très satisfait. Les adénites dites scrofuleuses, les affections tuberculeuses osseuses et articulaires sont justiciables de cette médication. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Le savon vert du commerce suffit seul à la guérison de la tuberculose locale, et spécialement de l'adénite scrofuleuse, quand il n'y a pas encore caséification : il rend de grands services dans la tuberculose articulaire;

2° Il ne faut pas négliger pour cela les interventions chirurgicales;

3° On observe aussi une action accessoire sur la fièvre, les épanchements pleuraux, la tuberculose, plus rarement sur l'irritation intestinale.

E. Vogt.

Traitement des hémorragies incoërcibles à la suite d'extraction de dents (*Aertl. Cenr. Anzeiger*, n° 27, 1899). — Munk recommande dans les cas de ce genre l'emploi d'une tablette de stypticine, appliquée directement sur l'alvéole qui saigne et recouverte d'un tampon d'ouate. En cas d'épistaxis rebelles, une solution à 10 0/0 rendra de grands services.

E. Vogt.

Narcose combinée de bromure d'éthyle et chloroforme (*Médecinskoe Obosrenie* n° 10 1899). — Kein rapporte une statistique de 167 cas où il a pratiqué la narcose mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

Les conclusions de l'auteur concordent avec celles d'autres auteurs (Lounine, Ebermann) qui ont fait des recherches à ce sujet, à savoir :

1° Cette narcose combinée mérite d'attirer l'attention du monde médical et, il est utile de chercher à la propager.

2° Les principaux avantages de cette méthode sont : rapidité de la narcose, petite quantité de chloroforme nécessaire à maintenir la narcose, absence de complications graves aussi bien pendant qu'après le narcose.

J. Roubleff.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ancien chef de clinique de la Faculté

De la cure d'air dans le rétrécissement mitral pur, par Surmont. (*Echo médical du Nord* 3 décembre 1899). — Le repos, l'abstention de toute cause de surmenage des différents appareils, qui sont recommandés depuis longtemps aux cardiaques, ne suffisent pas à prévenir les accidents broncho-pulmonaires si fréquents chez les individus atteints de sténose mitrale pure. M. Surmont estime que la cure d'air est le complément indispensable de ces mesures hygiéniques ; elle seule empêche les complications thoraciques de se produire.

La cure d'air doit être permanente, de jour et de nuit. C'est là une prescription essentielle à laquelle on ne trouve, dans les conditions météorologiques extérieures, que très peu de causes d'exception, même dans les climats du nord.

Le repos absolu au lit doit être imposée aux malades, uniquement s'ils sont sous le coup d'accidents hyposystoliques. En dehors de cette indication, il est inutile de l'ordonner, comme on le fait pour les tuberculeux fébricitants. Le repos ne doit être prescrit que dans la mesure nécessaire pour éviter la fatigue du cœur.

La cure ne comporte pas non plus l'adjonction de la suralimentation ; elle se borne, en somme, d'une façon exclusive à l'aération permanente de jour et de nuit. Sous son influence on voit s'amender les accidents broncho-pulmonaires, mais on obtient surtout des résultats remarquables chez les malades atteints d'accès pseudo-asthmatiques.

L'état du cœur s'améliore parallèlement à la disparition des accidents broncho-pulmonaires, Le pouls redevient réguler, moins rapide, plus plein ; les phénomènes d'auscultation s'amendent et le rétrécissement mitral cesse de nouveau d'être une maladie, pour redevenir une simple malformation cardiaque.

L'influence remarquable de la cure d'air ne peut s'expliquer uniquement par l'influence tonique générale de l'aération. Il faut probablement faire intervenir en même temps l'influence d'une asepsie plus complète des bronches.

G. Lyon.

Traitement de la phtisie par le plein air, par Alfred Hillier (*The Practitioner*, août 1899). — Les effets bienfaisants et curatifs obtenus sur

les phtisiques, par le traitement au grand air sont actuellement connus de tous, et les statistiques relevées dans les différents sanatoriums le prouvent abondamment.

La vie en plein air, nuit et jour, stimule l'appétit, améliore la digestion, supprime les quintes, facilite l'expectoration et les mouvements respiratoires, invite au sommeil tranquille. Lorsque le phtisique présente de l'hyperthermie vespérale, l'accès passe presque inaperçu. En général la fièvre et la transpiration disparaissent toutes deux graduellement.

Dans la vie en plein air, la pluie, le vent et le brouillard peuvent se présenter incidemment. Il faut apprendre au phtisique à les braver, sans toutefois tomber dans l'excès et, sous prétexte de grand air, l'exposer à prendre froid. Les vêtements seront légers, mais suffisamment chauds et de préférence entièrement en laine, la tête sera toujours couverte.

Le vent étant le plus puissant agent de refroidissement, il faut absolument s'abriter contre lui. Même un vent chaud peut refroidir plus qu'une basse température par un temps calme. Le malade l'évitera en s'abritant au moyen de tentes, de paravents et en se couvrant chaudement.

Le phtisique habitué à la vie en plein air, ne s'alarmera pas en voyant la pluie, il pourra même continuer sa promenade habituelle, pourvu toutefois qu'il ne prenne pas froid. Le malade pourra affronter la pluie à pied ou même en voiture à condition d'être suffisamment couvert pour n'être pas pénétré par l'humidité. La question essentielle est d'éviter d'avoir froid.

Le brouillard n'est pas un insurmontable obstacle, mais ce n'est pas un cas désirable pour un phtisique, quoique le brouillard soit encore préférable à une atmosphère viciée. On sait qu'une atmosphère humide a pour effet de diminuer la quantité de vapeur exhalée par la respiration et avec elle l'expulsion des impuretés organiques qu'elle contient. Dans l'air sec, la vapeur d'eau avec ses impuretés est librement exhalée par les poumons : il faut donc, autant que possible, lorsqu'on veut établir un sanatorium, choisir un site qui soit au-dessus de tout brouillard.

La vie en plein air apprend vite au malade à ne pas s'effrayer des courants d'air ; cependant il faut organiser intelligemment la ventilation. Souvent une fenêtre largement ouverte occasionne moins de courants d'air qu'une fenêtre seulement entr'ouverte. Pour que l'atmosphère d'une chambre soit toujours pure, il faut laisser l'air circuler librement ; en hiver, le meilleur moyen de l'obtenir est de faire un feu vif et de laisser les fenêtres largement ouvertes, le malade se tiendra en dehors du courant d'air. Si l'on ne fait pas de feu et si l'atmosphère extérieure est tranquille, les fenêtres du patient resteront ouvertes nuit et jour. Si le vent souffle directement dans la chambre, le malade l'évitera soit en fermant un battant, ou en changeant le lit de place, ou en s'abritant derrière un paravent.

Pendant les jours froids, il est souvent nécessaire de faire du feu, la température ne devra pas être trop élevée pour éviter un trop grand contraste avec le dehors.

On a beaucoup vanté les voyages en mer, les hautes altitudes, les climats secs, comme autant de remèdes contre la phtisie. L'auteur conclut, d'après ses expériences personnelles, que le bénéfice que l'on en tire est dû au séjour prolongé à l'air pur.

Un voyage en mer peut être excellent si le bateau est organisé pour le séjour d'un malade. Mais il devient détestable pour un phtisique obligé de s'astreindre aux mêmes conditions qu'un simple passager, couchant dans une cabine étroite et sans air, et soumis à une nourriture anti-hygiénique.

La température chaude et humide des tropiques est délétère pour le phtisique, plus encore que les brouillards. Il est faux de supposer qu'un climat chaud soit meilleur pour les phtisiques qu'un climat froid, car l'air chaud peut contenir de plus grandes quantités de vapeur d'eau, par temps clair, que l'air froid brumeux. Les déplacements sont donc inutiles, car chaque malade peut trouver dans son pays natal une localité permettant la vie au grand air sans danger.

E. Vogt.

Les vomissements des tuberculeux et leur traitement, par Plicque. (*Presse Médicale* n° 100, p. 351, 1899.) Plicque rappelle les principales règles du traitement des vomissements chez les tuberculeux. On sait que la toux avec vomissements ne se voit guère que dans les cas de coqueluche et de tuberculose. En dehors des vomissements, il y a souvent peu de troubles gastriques chez les tuberculeux. En tous cas l'appétit peut rester assez bon, la langue est nette (Lasègue).

Les vomissements dus à la toux n'ont rien de commun, quant à la pathogénie, avec ceux que l'on observe chez les tuberculeux avancés, qui s'accompagnent de signes de gastrite, de douleurs épigastriques, etc... Ces derniers sont surtout justiciables des injections de morphine, de l'opium et du régime lacté absolu.

Dans les vomissements du début l'indication thérapeutique fondamentale est le traitement

de l'état général et de la tuberculose : cure d'air et de repos, séjour à la campagne, etc. ; mais, à ces moyens, il faut joindre une médication locale.

La révulsion peut être tentée au moyen de vésicatoires ou de pointes de feu, appliqués au creux épigastrique ; les injections sous-cutanées d'eau distillée préconisée par Tripier (de Lyon) réussissent souvent très bien. On peut encore pratiquer la révulsion au niveau du sommet du poumon attaqué.

Les calmants les plus divers de la toux ont été essayés : eau de laurier cerise à la dose de 4 à 5 gr. (Fonssagrives), cinq ou six gouttes de solution de morphine au 50e (Peter), trois à quatre gouttes de laudanum, une à deux gouttes noires anglaises. Guéneau de Mussy prescrivait la belladone :

Extrait mou de quina.....	0 gr. 10
Extrait de belladone.....	0 gr. 01

pour une pilule. Une à deux après chaque repas.

La cocaïne, le menthol ont été également utilisés avec succès :

Eau de laitue.....	150 gr.
Sirop de quina.	20 gr.
Cocaïne.....	0 gr. 25 (Barré)

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Menthol.....	1 gr.
Cognac....	20 gr.
Sirop simple.....	30 gr.

par cuillerée à café dans un peu d'eau, d'heure en heure.

Le médicament le mieux indiqué serait la créosote ?

L'alimentation à la sonde par le procédé de Debove vient à bout des vomissements incoercibles ; on introduit par la sonde un mélange de lait, de jaunes d'œuf et de poudre de viande.

En dehors du gavage, on fait prendre les aliments suivants qui sont le mieux tolérés : bouillon, laitage au riz, à la semoule, au tapioca ; potages à la reine, potages avec pulpe de viande, hachis, gelées, cervelles, huîtres, crêmes. Les repas doivent être fréquents et peu copieux, le repas du soir sera, en particulier, très léger. Le malade qui a vomi, doit reprendre des aliments, immédiatement après le vomissement.

Une infusion aromatique chaude, café, thé, camomille est utile à la fin du repas.

En cas de vomissements exceptionnellement tenaces la galvanisation du pneumogastrique constituerait une dernière ressource (pôle positif au niveau des scalènes ; pôle négatif sur l'estomac ; courant de cinq à six milliampères avec une durée de dix minutes).

G. Lyon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire : valeur therapeutique du thiocol. (*Therap. Monatshefte* déc. 1899). — Frieser a étudié plus spécialement l'action de cette substance non seulement dans la tuberculose, mais encore dans les catarrhes bronchiques.

Le thiocol, sel potassique de l'acide orthosulfogaïacolique, est une poudre blanche, sans odeur, de goût un peu amer, facilement soluble dans l'eau, qui présente de grands avantages en pédiatrie, ce que l'énoncé de ses propriétés pouvait faire pressentir. Les adultes l'acceptent de même sans difficulté, et le résultat thérapeutique obtenu consiste dans une amélioration de l'état général, une augmentation de l'appétit et une diminution notable de la toux. On donnera aux adultes 1 gr. à 1 gr. 50 3 à 4 fois par jour, et aux enfants 3 à 4 cuillerées à café par jour de la solution suivante : thiocol 3 à 5 gr., sirop d'écorce d'oranges 25 grammes, eau distillée 120 grammes.

Le thiocol a été employé chez 19 tuberculeux. Les résultats obtenus ont toujours été fort satisfaisants, les sueurs nocturnes se sont rapidement améliorées, et le médicament toujours très bien supporté.

E. Vogt.

L'injection trachéale dans les affections broncho-pulmonaires chroniques (technique et résultats cliniques) par H. Mendel. (*Médecine Moderne* n° 82, p. 649, 1899). — L'injection trachéale est un mode d'administration des médicaments qui a l'avantage d'éviter l'administration de ces médicaments par la bouche, toujours préjudiciable quand il s'agit de médicaments irritants, et d'autre part de permettre l'action directe sur la muqueuse pulmonaire des médicaments volatils. L'absorption des substances injectées dans les organes respiratoires s'effectue intégralement et rapidement.

L'injection trachéale ne détermine pas le spasme glottique : elle n'irrite pas le larynx.

Mendel pratique l'injection sans le secours du miroir laryngoscopique. Le malade tire sa langue que l'on maintient en dehors de la bouche, en la tenant de la main gauche avec un linge. On exerce une légère traction sur elle pour faire basculer l'épiglotte en avant et ouvrir ainsi davantage le vestibule laryngien. La canule de la seringue pleine est alors introduite dans la gorge.

La manœuvre peut se décomposer en deux temps : *1er temps*. Le bec de la canule est introduite derrière la langue. A ce moment, la courbure de la canule épouse la courbure de la base linguale contre laquelle est appliquée l'épiglotte.

2e temps. La main se relève : le corps de la

seringue devient oblique en bas et en avant et le bec de la canule est porté directement au-dessus de l'orifice glottique : l'injection est alors lancée. A ce moment le patient sent couler dans sa poitrine, avec une certaine lenteur, le liquide injecté. Il n'éprouve aucune sensation si ce liquide est de l'eau distillée ou de l'huile d'olive : au contraire, si la solution est un peu caustique, il ressent une chaleur variable, très fugace, mais il ne tousse pas : la toux ne se produit que lorsque le liquide est irritant.

Les expériences anciennes de Cl. Bernard et de Magendie, celles plus récentes de Colin ont montré que les voies respiratoires sont douées d'un pouvoir d'absorption considérable, ce qui est dû à la grande étendue de la muqueuse, à sa minceur, à la disposition de son épithélium réduit à une seule couche de cellules cylindriques à cils vibratiques dans les petits tuyaux bronchiques et de cellules polygonales aplaties dans les vésicules pulmonaires ; enfin, au jeu de l'aspiration thoracique.

Les devanciers de Mendel, tels que Beehag, Botey, Dor et Garel, La Jarrige, n'avaient injecté que de l'huile mentholée et de l'huile créosotée; de plus la quantité de liquide injecté par jour était en général minime.

Mendel a adopté comme médicament actif les huiles essentielles, substances volatiles, bactéricides et qui s'éliminent en grande partie par les voies respiratoires ; il a choisi les essences de thym, d'eucalyptus, de cannelle et de Wintergreen. Ces essences avaient été employées souvent en inhalations, mais on sait que par simple inhalation elles ne parviennent que fort peu jusqu'au poumon.

Aux essences Mendel joint encore le gaïacol, le bromoforme et l'iodoforme.

Dans la première séance, pour tâter la susceptibilité du sujet, il injecte une seringue de 3 cc. de la solution suivante, qui est fort douce :

Essence d'encalyptus.....	2 grammes.
Huile d'olive stérilisée....	0 100 cc.

A la seconde séance, il injecte deux seringues coup sur coup et arrive rapidement à quatre seringues consécutives. Il emploie ensuite la solution suivante, diluée d'abord de deux tiers, avec de l'huile pure, puis de la moitié, puis d'un tiers, jusqu'au moment où il l'injecte telle quelle à raison de 4 seringues consécutives (de 3 cc.) par jour :

Essence d'eucalyptus.....	5 grammes.
Essence de cannelle.....	5 —
Essence de thym..... ...	5 —
Iodoforme.....	5 —
Bromoforme.....	0 gr. 06
Huile d'olive stérilisée....	100 cc.

A cette solution on peut joindre :

Gaïacol.....	5 grammes.

En cas de fièvre Mendel emploie la solution suivante (à raison de 4 seringues par jour) :

Essence de Wintergreen....	20 cc.
Huile d'olive stérilisée.....	100 cc.

L'action mécanique est fort importante ; les crachats son rejetés avec beaucoup plus de facilité. Il y a une sorte de nettoyage des organes respiratoires.

Les injections secondaires dans les cavernes sont combattues efficacement; la diarrhée des tuberculeux cesse parfois, la fièvre diminue.

Les râles humides deviennent moins nombreux ; le gargouillement des cavernes peut même disparaître. Il y a parallèlement une diminution notable de la toux et de l'expectoration.

L'état général se relève toujours très notablement ; l'appétit, les digestions deviennent meilleures. D'autre part les forces augmentent, ainsi que le poids.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Cure de la morphinomanie, par Joffroy, *Gazette hebdomadaire*, n° 99, p. 1177, 1895. — Pour guérir les morphinomanes, il ne suffit pas de leur supprimer la morphine, il faut auparavant les mettre en état de surmonter les dangers de la démorphinisation.

Très souvent, les malades usent de la morphine en quantité beaucoup plus grande que ne l'exige réellement leur état de besoin. La première indication à remplir est d'enlever au patient la *ration de luxe* pour ne laisser que la *ration d'entretien*, c'est-à-dire la dose minima de morphine qui ne s'accompagne pas de symptômes physiques d'abstinence. Il faut ensuite s'assurer de l'état des organes dont le fonctionnement est le plus habituellement compromis par l'intoxication morphinique, c'est-à-dire de l'état du cœur et de l'appareil circulatoire, du tube digestif et de l'appareil urinaire.

Cet examen peut fournir les indications d'un traitement préventif. Si le morphinomane est atteint de gastrite alcoolique par exemple, il faut supprimer les boissons alcoolisées, mettre le malade au lait et attendre la disparition des accidents gastro-intestinaux avant de supprimer la morphine. D'une façon générale, il faut suppri-

mer brusquement toutes les intoxications surajoutées, qu'il s'agisse de l'alcool, de la cocaïne, de l'éther, du chloral.

Il faut encore préparer les voies de l'élimination de la morphine, c'est-à-dire s'efforcer de rendre le rein aussi perméable que possible, en augmentant la diurèse, non seulement par le traitement hydrique, mais encore par l'usage du thé, du café, ou même de la spartéine à doses modérées ; activer les fonctions cutanées au moyen de l'hydrothérapie.

Il va sans dire que le malade sera placé dans les meilleures conditions hygiéniques.

Sous l'influence de ce traitement préliminaire le malade augmentera de poids et il sera dès lors possible de le démorphiniser. Pour cela l'isolement est de rigueur.

La méthode ancienne de la suppression progressive et lente a des inconvénients bien connus (nécessité d'un long traitement, apparition rapide des symptômes d'abstinence, d'abord atténués, puis de plus en plus intenses, à mesure que l'on réduit les doses). Cette méthode n'est guère recommandable que chez les morphinomanes parvenus à une période avancée de la cachexie.

La méthode de suppression brusque de Levinstein, exige la présence continuelle du médecin, pendant quelques jours, car il doit être prêt à pratiquer une injection de morphine en cas d'accident, menaçant la vie à brève échéance. Cette méthode a l'avantage de guérir rapidement, mais elle expose les malades à système vasculaire insuffisant, à des accidents graves de collapsus pouvant amener et ayant causé un certain nombre de fois la mort subite. De plus, elle expose les morphinomanes à des accidents psychopathiques des plus violents. On peut l'employer toutes les fois que l'organisme sera en état de surmonter les dangers de la suppression totale, par exemple, chez les néo-morphinomanes... ou même dans les cas d'intoxication ancienne, si l'on est en présence de malades jeunes, bien constitués, exempts de lésions viscérales et surtout de troubles cardio-vasculaires.

Erlenmeyer a imaginé une méthode mixte ou méthode rapide qui participe à la fois de la rapidité de la méthode brusque et de l'innocuité de la méthode lente. Elle consiste, après avoir mis le malade en l'état de supporter la démorphinisation, à supprimer d'emblée la moitié de la dose journalière de morphine. Cette réduction de la moitié, ou même plus, se fait suivant certaines règles.

Ainsi, Erlenmeyer ne fait pas porter la suppression sur les doses qui précèdent les repas ou la nuit, afin de conserver autant que possible au malade l'appétit et le sommeil. La dose de morphine ainsi diminuée est conservée pendant quelques jours, puis, lorsque les symptômes d'abstinence qui surviennent se sont amendés, on la réduit encore de moitié.

Cette diminution rapide se continue ainsi jusqu'au moment où la ration de morphine, devenue assez faible est supprimée radicalement. En moyenne, la méthode rapide permet la démorphinisation en 8 à 10 jours pour les grands morphinomanes, en 6 à 8 jours pour les petits morphinomanes. Cette méthode n'expose pas au collapsus et à la mort subite ; elle permet, d'autre part, de consacrer un temps plus long à la convalescence.

Quelle que soit la méthode de démorphinisation adoptée, on obtiendra une amélioration notable des symptômes si douloureux de l'abstinence en recourant au procédé de la démorphinisation chimique d'Erlenmeyer. On sait que la morphine administrée en injections sous-cutanées, s'élimine en grande partie par l'estomac (Alt) ; pendant tout le cours du morphinisme, le passage continu de la morphine par les glandes de l'estomac a pour conséquence une diminution considérable des sécrétions de l'estomac avec hypo-acidité du suc gastrique. Au contraire, pendant le sevrage morphinique, les glandes stomacales ne se trouvant plus sous l'influence inhibitoire du poison, se mettent à sécréter, avec une abondance excessive, un liquide gastrique très acide, avec symptômes extrêmement douloureux. Ce serait la cause des vomissements, de la diarrhée, des douleurs lombaires, etc. constatés pendant l'abstinence. Hitzig, en vidant l'estomac d'un malade et en y introduisant de l'eau alcaline pour neutraliser le suc gastrique, a empêché ainsi l'apparition de ces phénomènes. Erlenmeyer a obtenu les mêmes effets en faisant ingérer au malade environ un litre d'eau alcaline. Si malgré, tout, le pouls s'affaiblit, devient irrégulier et difficilement perceptible, on ne devra pas hésiter à pratiquer une injection de morphine. Une bonne alimentation, le café, le lait contribuent à prévenir le collapsus. Il faut se garder de l'usage des hypnotiques, tels que le chloral, les bromures, l'éther, le sulfonal que certains médecins ont préconisés contre l'insomnie et l'agitation. En revanche, les injections sous-cutanées de sérum sont indiquées pour relever la tension artérielle et favoriser l'élimination du poison.

Dans les cas où l'état de collapsus réapparaît d'une façon inquiétante, il faut renoncer à la cure du morphinomane.

Longtemps après la démorphinisation peuvent survenir des phénomènes convulsifs et la mort peut même en être la conséquence (un cas au bout de 14 jours de sevrage, l'autre au bout de 2 mois, Antheaume). G. Lyon.

La ponction lombaire, par Sicard (*Presse médicale*, n° 97, p. 333, 1899). — M. Sicard résume les différentes règles de la ponction lombaire dont il a été déjà question à plusieurs reprises dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, mais dont il importe de préciser actuellement les indications, la technique.

Cette opération, qui consiste à donner issue au liquide céphalo-rachidien en perforant le grand cul-de-sac sous-arachnoïdien de la queue de cheval, a été imaginée par Quincke en 1890. On la pratique sans avoir recours à l'anesthésie générale et elle ne comporte aucun danger. Très utile pour le diagnostic dans un grand nombre de cas, elle a des applications thérapeutiques restreintes. Cependant, si la soustraction de liquide céphalo-rachidien n'a qu'une utilité contestable, la méthode des injections médicamenteuses sous-arachnoïdiennes (injections de cocaïne) est peut-être susceptible d'avenir.

On se sert d'un trocart ou plutôt d'une aiguille de 0 m. 08 à 0 m. 10, le diamètre de l'aiguille pouvant varier de 1/4 à 0 m. 001.

Il est souvent nécessaire de pouvoir adapter à l'aiguille un tube en caoutchouc destiné, grâce à une compression facile à modérer, à régler l'écoulement de liquide dès son échappée.

Pour injecter de la cocaïne, on peut adapter directement la seringue de Pravaz sur l'aiguille. Les aiguilles fines de l'appareil Potain peuvent suffire.

Le malade doit être dans le décubitus latéral droit ou gauche, la tête étant légèrement soulevée par un coussin, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et les jambes à leur tour étant en flexion marquée sur les cuisses. Cette attitude écarte au maximum les lames vertébrales.

Avec un peu d'habitude, on arrive à percevoir bien vite à la palpation la base de l'os sacrum et la dépression sacro-lombaire. La ponction doit se pratiquer au niveau des petits départements compris entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire ou entre cette dernière et la première sacrée (espace sacro-lombaire de Chipault).

Au niveau de l'un de ces deux espaces, on palpe et on reconnaît l'apophyse épineuse correspondante (4e ou 5e lombaire) à 1 demi-centimètre environ en dehors de la ligne médiane épineuse et, à côté du tiers inférieur de l'apophyse choisie, c'est-à-dire plus près de la pointe de l'épine que de sa base, va se trouver le lieu d'élection.

On ponctionne après stérilisation de l'appareil, aseptie du champ opératoire et des mains de l'opérateur. On pratique l'anesthésie locale au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle ou par la simple application de coton imbibé d'éther.

L'index limitant la pénétration, on pique rapidement pour enfoncer ensuite d'une façon progressive et sans à coups.

La distance à parcourir est variable suivant l'épaisseur musculo-cutanée de la région lombaire; 0 m. 04 à 0 m. 06 environ chez l'adulte, 0 m. 015 à 0 m. 03 chez l'enfant de dix à douze ans.

L'aiguille doit être dirigée *en avant, légèrement en haut, et en dedans vers la ligne médiane.*

Après avoir traversé les ligaments jaunes qui forment entre les lames vertébrales, de chaque côté de l'apophyse épineuse, la ceinture interlaminaire, l'aiguille pénètre sans difficulté dans le canal vertébral. Elle perfore à la fois dure-mère et arachnoïde. Une fois la ponction faite, le malade doit rester au lit durant vingt-quatre heures.

Pour régler la sortie du liquide, une pince à pression doit obturer le tube de caoutchouc avant l'opération. On enlève cette pince une fois la ponction faite et on règle à son gré l'écoulement en comprimant le tube de caoutchouc entre le pouce et l'index.

Le liquide céphalo-rachidien *ne doit être* évacué que lentement, autant que possible goutte à goutte. Si la ponction a été pratiquée dans un but thérapeutique évacuateur, on peut retirer jusqu'à 50 et 80 cc. de liquide; si elle est faite dans un but diagnostique, 5 à 15 cc. seront souvent suffisants.

Chez les enfants, la quantité à retirer oscille entre 5 et 20 cc.

Il peut se faire que la ponction ramène seulement du sang qui s'écoule goutte à goutte ; mais si l'on attend quelques instants la teinte s'efface et le liquide céphalo-rachidien apparaît limpide.

Si, par hasard le sang continuait à s'écouler, on retirerait définitivement la canule. Cet écoulement sanguin est dû à la blessure de petites veinules ou artérioles extra ou intra duremériennes.

Parfois, le malade ressent quelques crampes douloureuses au niveau des cuisses, la douleur ne persiste jamais après l'intervention.

Il peut se faire enfin que la ponction soit blanche; dans ce cas, retirer légèrement la canule avec mouvement de rotation; faire élever la tête et le thorax au-dessus du plan du lit. Il est très rare qu'il s'agisse d'une anomalie anatomique, le cul de sac dural se terminant plus haut.

On a vu, dans quelques cas de méningites, des grumeaux purulents provoquer l'obstruction d'une aiguille trop fine.

La ponction lombaire peut être utile chez certains malades atteints d'hydrocéphalie chronique,

de méningite avec crises épileptiformes, d'urémie convulsive. Elle peut alors aider à la diminution ou même à la résorption de l'œdème cérébral.

En diminuant la pression du liquide céphalo-rachidien la ponction lombaire peut avoir une action favorable sur diverses manifestations cérébrales ou méningées, telles que la céphalalgie, les vomissements, le délire. Les troubles de la vision, l'amblyopie consécutive à de l'hydropisie ventriculaire et à de l'œdème de la base peuvent rétrocéder au moins pour un temps (Raymond, Goldscheider, Frænkel.)

Au point de vue diagnostic la ponction lombaire est un moyen précieux.

Il n'existe pas de contre-indications absolues à la ponction. Il faut seulement modérer la vitesse de l'écoulement et n'évacuer que de petites quantités de liquide pour opérer en toute sécurité. Ces règles doivent être scrupuleusement observées toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'une néoplasie cérébrale et surtout d'une tumeur à siège basal, cérébelleux, protubérantiel ou bulbo-protubérantiel.

G. Lyon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Action du formol sur les affections épithéliales (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — Daniel a fait de nombreuses expériences concernant l'action du formol sur les proliférations épithéliales. En déposant sur une verrue, au moyen d'un bâtonnet de bois, du formol à 40 0/0 du commerce, et en le faisant bien pénétrer dans toutes les fissures, 2 à 3 fois par jour, on provoque une atrophie des papillomes se terminant par la formation d'une eschare grisâtre qui se détache sans laisser de cicatrice. Un cancroïde d'une grande lèvre chez une femme de 84 ans, ayant été extirpé, il se développe trois semaines après l'opération une infiltration suspecte dans la cicatrice : deux attouchements au formol suffirent pour enrayer le développement de la récidive. Un seul cas de lupus (l. serpigineux de la cuisse) a été traité par le formol : il s'agissait d'une récidive ayant envahi la cicatrice laissée par une cautérisation au Paquelin. L'auteur a obtenu un excellent résultat et se propose, à la première occasion, de reprendre ses expériences.

Chez un malade atteint de sycosis rebelle, de la face préalablement traité sans succès par le curettage, suivi de cautérisations en nitrate d'argent et d'application de pommades caustiques, l'auteur se décida à employer le formol, bien que la médication présentât de grands inconvénients dans cette région du corps (aspiration de vapeurs irritantes, conjonctivite aiguë). Au bout de 24 heures d'applications, on observe une dermatite accentuée, s'accompagnant de fortes brûlures. 2 jours après, l'eschare caractéristique (v. plus haut) était formée, se détachait ensuite et laissait apparaître une surface épithéliale lisse et souple. Les nouvelles poussées de pustules furent traitées de même et actuellement, après 8 semaines de soins, la guérison semble assurée.

En tout cas, le formol représente un médicament très capable de rendre de grands services dans les affections ayant pour siège le tissu épithélial : l'action de ce topique est lente, mais il est d'un emploi facile, ne provoque pas de douleurs et ne laisse pas derrière lui de cicatrices.

E. Vogt.

Savon à la tuberculine (*Deutsche med. Zeitung*, 5 octobre 1899). — Unna, pour permettre un maniement plus commode de la tuberculine, à laquelle il accorde une valeur thérapeutique sérieuse, propose de préparer des pommades avec :

Tuberculine..... 0 gr. 05 à 2 gr.
Sapo unguinosus.. 10 grammes
Us. Ext. :

Le *sapo unguinosus* est préparé en mélangeant de la lessive de potasse à de l'axonge, sans laisser la saponification s'effectuer entièrement.

L'onguent est appliqué, aux doses de 0,025 grammes environ par cent. carré, avec le doigt protégé par un doigt de gant : on frictionne jusqu'à ce que le point traité ait absorbé toute la pommade. A ce moment, on mouillera avec un peu d'eau de façon à faire légèrement mousser et on laissera sécher ensuite. On répète quatre à cinq fois cette manœuvre. L'application provoque un léger chatouillement au bout de 6 à 24 heures, puis une hypérémie avec œdème se terminant par une exfoliation d'épiderme et une amélioration de la dermatose traitée. Lorsqu'il s'agit de lupus, on voit la partie fibreuse perdre de sa consistance, ce qui est un grand avantage, car c'est elle qui provoque la formation de cicatrices déformantes (ectropion par exemple). Au point de vue plastique, la pommade présente donc un premier avantage : elle agit en outre, en cas de lupus ancien, sur l'infiltration superficielle diffuse et permet ainsi de découvrir les

foyers profonds qu'on détruira par d'autres moyens. Cette action est obtenue d'une façon rapide et indolore pour ainsi dire, à condition de n'utiliser que des pommades à 5 ou 10 0/0. En outre, on a l'avantage de pouvoir efficacement traiter l'entrée des orifices tapissés d'une muqueuse (narines, coin de l'œil, etc). Le lupus des muqueuses lui-même bénéficie de cette médication ; il en est de même des cas guéris en apparence et ne présentant plus que quelques foyers douteux : en effet, seuls les foyers tuberculeux seront modifiés par le savon à la tuberculine, ce qui permet d'assurer le diagnostic. Pas d'action dans le lupus érythémateux.

En dehors de 7 lupiques, l'auteur a traité 6 lépreux par le savon : cette médication n'est efficace qu'en présence des infiltrations sous-cutanées de la lèpre nerveuse : les lépromes cutanés ne sont pas influencés.

Le topique nouveau présente enfin une grande efficacité quand il s'agit de foyers scléreux de syphilis tertiaire, même dans des cas ayant résisté aux traitements classiques. On observe des guérisons vraiment surprenantes.

Dans deux cas de kéloïdes opératoires, l'effet, lentement obtenu, fut indéniable. Les trabécules fibreux se ramollirent puis furent résorbés.

Même à 20 0/0, et en l'employant plusieurs mois de suite, le savon à la tuberculine n'exerce aucune action fâcheuse : la méthode est aussi efficace que commode à appliquer.

E. Vogt.

Savon de nicotine (*Therap. Monastshefte*, déc. 1899. — Marcuse recommande tout spécialement un savon, de couleur brun foncé, contenant 5 0/0 d'extrait de tabac, 5 0/0 de soufre précipité et 90 0/0 de savon surgras, dans le traitement du scabies. Le malade se lave matin et soir à l'eau chaude, puis se savonne de la nuque aux pieds, et laisse sécher sur lui la mousse. Au bout de trois à quatre jours, tous les sarcoptes sont détruits et l'on termine la cure par un grand bain simple. Les avantages du procédé sont évidents : le savon ne présente aucune odeur désagréable, le linge n'est pas souillé.

En dehors du scabies, l'auteur a essayé le même traitement dans six cas de pityriasis versicolor, quatre cas d'herpès tonsurant, quatre cas d'urticaire, deux cas de prurigo au début.

Dans le pityriosis, le savon ne présente pas d'avantages spéciaux : dans l'herpès tonsurant, il est aussi actif que les préparations usuelles et de maniement beaucoup plus facile. Pour faire disparaître le prurit de l'urticaire et du prurigo, l'auteur a pu constater que dans trois cas d'urticaire, le résultat fut obtenu au bout de trois à quatre, et, dans un cas, au bout de six applications. Les deux cas de prurigo concernaient deux enfants, âgés de deux et trois ans, atteints depuis deux et trois semaines de prurigo classique. L'auteur prescrivit des bains quotidiens suivis de savonnages : on laissa sécher la mousse sur l'épiderme pendant les trois premiers jours, plus tard on lava de suite après application. La guérison fut obtenue au bout de deux mois environ.

En résumé, la préparation mérite l'attention des spécialistes.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté

Formes larvées des maladies chirurgicales de l'appareil urinaire, par le Dr Guyon (in *Ann. Gen. Ur.*, 1899, p. 1121). — Autant, chez les faux urinaires, il faut s'abstenir de traitement chirurgical, autant il importe de savoir que le traitement chirurgical de l'appareil urinaire est seul capable de guérir certains malades, en apparence médicaux, et qui ne sont que des *urinaires larvés*, comme les appelle Guyon.

Les formes larvées de l'appareil urinaire se subdivisent en trois grandes classes :

1) *La forme digestive*, qui se montre dans les deux formes de l'empoisonnement urineux : l'intoxication et l'infection, tantôt dans des cas de rétention chronique aseptique ignorés, tantôt dans des cas reconnus comme dans la *cachexie urinaire* de Guyon.

2) *La forme fébrile* : la fièvre des urinaires peut passer inaperçue si on ne la cherche pas systématiquement. Elle se présente avec ses formes aiguës en deux types et sa forme chronique. Assez souvent on a cru avoir affaire à des paludéens ou à des malades atteints de grippe. L'étude attentive de l'appareil urinaire fait le diagnostic.

3) *Forme pulmonaire* : elle complique le deuxième type de la fièvre urineuse aiguë. Il faut savoir que l'état congestif des poumons est sous la dépendance de l'appareil urinaire.

La présence de l'albumine dans les urines des urinaires chirurgicaux, coïncidant avec la présence du pus ou du sang, ne doit pas induire en erreur et laisser perdre le temps à faire un traitement médical en negligeant le traitement chirurgical, seul utile ici également.

E. Chevalier.

Du massage comme adjuvant du traitement des rétrécissements de l'urètre, par Bazy (in *Ann. Gen. Ur.*, 1899, p. 1171). — Dans les rétrécissements blennorrhagiques de la région périnéo-scrotale, ne s'accompagnant pas d'indurations sub-inflammatoires, de menaces d'abcès, Bazy conseille de combiner la dilatation du canal avec du massage fait pendant cinq minutes sur la région périnéo-bulbaire avec un peu de la pommade suivante:

Iodure de potassium.	4 grammes
Lanoline..... }	ãã 15 grammes
Cold-cream..... }	

E. Chevalier

Phlegmon iliaque d'origine prostatique, par E. Loumeau (*Ann. de la Policl. de Bordeaux*, 1899, p. 150). — C'est l'histoire d'un homme de 54 ans où, à la suite de blennorrhagies anciennes survinrent des poussées multiples de prostatite terminées par de petits abcès intraprostatiques, puis un phlegmon gangréneux de la fosse iliaque et une septicémie mortelle malgré de larges incisions; une dans la région iliaque droite, une seconde deux mois après, une taille prostatique ensuite. E. Chevalier.

Traitement de l'incontinence nocturne, par Arnal (*Bulletin général de hérapeutique*, p. 641, 8 novembre 1899). — Certains enfants pissent au lit parce qu'ils sont épileptiques, atteints de spina bifida, de mal de Pott, de myélite transverse, de calculs vésicaux, de tumeurs de la vessie, d'hypospadias, d'épispadias, de phimosis, de symphyse préputiale, d'atrésie du méat: parce que leurs urines sont albumineuses, d'une acidité exagérée, chargées d'urates; parce qu'ils ont des oxyures du vagin ou de l'anus, des polypes du rectum; ce sont les incontinents *symptomatiques*. Il en est d'autres qui pissent au lit sans raison connue, sans lésion apparente, ce sont les incontinents *essentiels*, névropathes, d'hérédité nerveuse chargée, à antécédents personnels caractérisés par des convulsions, des terreurs nocturnes, etc. L'influence nerveuse s'exerce en amenant une contraction trop facile et trop fréquente du muscle vésical constamment en éveil soit par hyperesthésie de la muqueuse uréthro-prostatique, soit parce qu'il est maintenu en éréthisme par une action psychique. D'autres fois c'est par le spasme que se traduit l'influence nerveuse: dès lors la vessie se vide faiblement et incomplètement avec rétention partielle consécutive et besoin d'uriner plus fréquent; au lieu de spasme on peut au contraire constater une atonie du sphincter uréthral.

Si le traitement de l'incontinence d'urine essentielle doit être anti-nerveux, il doit aussi toujours tenir compte de sa modalité pathogénique.

Au malade dont les fibres musculaires vésicales trop sensibles à la distension laissent passer les urines la nuit, sous l'influence de l'engourdissement du sommet, il faut prescrire le bromure, le chloral, l'opium, mais surtout de la belladone et l'atropine, l'antipyrine.

L'atropine, préférable à la belladone qu'employait Trousseau, doit cependant être maniée avec la plus grande prudence, en raison de son extrême toxicité. Mieux vaut pour cette raison, avoir recours à l'antipyrine, à la dose de 1 gr. 50 à 4 grammes, suivant l'âge, en solution le plus souvent.

Ajandez fait prendre une première dose au dîner, une deuxième dose à huit heures, au moment du coucher de l'enfant; plus la dernière dose est donnée tardivement, plus il y a de chances pour que l'incontinence soit supprimée.

Si l'antipyrine réussit, il convient de continuer le traitement pendant une quinzaine de jours sans interruption.

Trousseau conseillait de faire retenir les urines le plus possible pendant le jour. Récemment on a proposé d'employer la distension mécanique de la vessie, par des injections d'eau bouillie en quantité variable, pour vaincre la contractilité vésicale exagérée.

Bordier (de Lyon) préconise les courants statiques induits (courants de Morlon). Ces courants alternatifs et de haute fréquence résultant de la décharge oscillante des condensateurs, se produisent lorsqu'on fait jaillir des étincelles entre les boules polaires d'une machine électro-statique pendant que les armatures externes sont reliées l'une au sol et l'autre au malade non isolé. On introduit dans l'urètre jusqu'au niveau du sphincter vésical, une bougie à boule bien isolée de toute part, sauf au niveau de son olive terminale, mise en rapport avec le pôle positif de la machine, tandis que le pôle négatif est relié au sol. Le malade non isolé se place près du pôle positif et maintenant lui-même la bougie avec la main. La distance entre les boules polaires est réglée de façon à obtenir par seconde six à huit étincelles d'une logueur de 4 centimètres.

Dans le cas où l'incontinence nocturne est l'effet du rêve, où le malade a toutes ses idées orientées vers son système urinaire, on fait procéder à des reveils plus ou moins fréquents on fait lever chaque jour le malade et on le fait uriner. D'autre part le malade devra boire peu.

La suggestion dans ces cas donne souvent des succès (84 0/0 d'après Frébault).

G. Lyon

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité
à l'hôpital de la Charité

Fixation ventrale des ligaments ronds dans les cas de rétroversion ou de prolapsus utérin, par M. LESSER (*Med. Rec.*, 14 octobre 1899). — Il n'y a plus à discuter aujourd'hui les avantages et les inconvénients des opérations d'Alexander ou autres destinées à ramener l'utérus dans la position antérieure. Quand il n'y a pas de complication et que les ligaments sont forts, l'Alexander est d'indication anatomique.

Mais, quand les ligaments sont minces et affaiblis, que la rétro-position ou le prolapsus accompagnent d'autres accidents, l'opération dont il est question ici est de beaucoup la plus facile et n'apporte aucun trouble au fonctionnement de l'utérus pas plus qu'à ses rapports avec les organes voisins.

La malade est préparée comme pour une laparotomie et le curettage, s'il est nécessaire, à été pratiqué d'abord.

Incision transversale à environ 2 centimètres en dedans de l'anneau interne jusqu'au point correspondant de l'autre côté. Cette incision comprend la peau et les fascia jusqu'à l'aponévrose de l'oblique externe. On écarte par en haut et par en bas. Incision médiane de la ligne blanche et du péritoine, plus ou moins grande suivant qu'il y a ou non des manipulations à faire dans la cavité abdominale.

L'utérus est redressé au moyen d'une forte sonde soudée à environ 105°, dont la dernière partie n'a pas plus de 5 centimètres de long et portant, à la hauteur de l'angle, une sorte d'épaulement qui empêche une pénétration plus profonde de l'instrument et soutienne l'utérus, tout en évitant les dangers de perforation.

Les ligaments ainsi que les organes voisins sont bien reconnus, et le chirurgien introduit alors une première anse de crin de Florence à travers le plan musculaire, environ à 5 centimètres en dedans de l'angle externe de la plaie cutanée. L'aiguille ne touche pas la peau, mais pénètre dans la couche musculaire. De là elle charge le ligament rond en un point qui a été reconnu correspondre exactement au point d'entrée du fil, l'utérus étant en bonne position : puis elle ressort à 1 centimètre en-dessous de son point d'entrée. On place ainsi 3 crins successifs le long du ligament rond de chaque côté : le ligament lui-même est dépouillé de son revêtement séreux, de façon à faciliter les adhérences avec la paroi, et les fils sont serrés, coupés court et noyés sous la peau et les fascia. Suture sous-cutanée autant que possible.

L'auteur donne, pour cette opération, la préférence à l'incision transversale qui permet les sutures perdues sans grand décollement et qui réussit mieux.

Les malades peuvent se lever le 12e jour, ou avant.

R. BLONDEL.

L'extrait de glande parotide dans le traitement des affections ovariennes, par PIERRE MALLETT (*N. Y. Med. Journ.*, 26 août 1899). — Le Dr Bell, d'Edimbourg, a employé l'extrait thyroïdien contre les carcinomes utérins, en se basant sur cette théorie que, pour qu'une maladie locale puisse se développer chez un individu, il faut qu'auparavant l'organe, sur lequel la maladie se fixe, ne soit déjà plus dans son état normal, et que cet affaiblissement, cet état d'infériorité, est lui-même sous la dépendance de l'altération morbide ou fonctionnelle d'un organe en rapport physiologique intime avec le précédent.

Les études récentes sur le myxœdème et le psoriasis ont bien montré que le bon état de la peau, des muqueuses et du tissu conjonctif voisin dépendait de quelque action particulière de la glande thyroïde. Pourquoi donc ne pas admettre que l'épithélioma du col, par exemple, qui se développe dans la couche épithéliale de la muqueuse, est dû à l'absence de quelque influence catalytique de cette glande? On a remarqué également que les maladies de la glande thyroïde s'accompagnent souvent de métrorrhagies abondantes, montrant ainsi que cette glande exerce une influence notable sur la membrane de revêtement du canal utérin.

L'épithélioma ne s'attaque pas à un col sain ; mais s'il existe des lésions telles que : déchirures, hypertrophie, endométrite ou endocervicite ancienne, il n'en faut pas davantage pour constituer un état favorable au développement, non seulement d'un épithélioma, mais même d'affections moins graves.

Le rapport physiologique qui existe entre la glande parotide et les ovaires permet de penser à l'extrait parotidien pour le traitement des lésions ovariennes.

Les malades qui ont été soumises à ce traitement recevaient en même temps des soins locaux, tampons à l'ichthyol, etc.; mais l'amélioration tant anatomique que symptomatique obtenue ne laisse pas de doute sur la valeur de cette préparation. Celle-ci n'est pas une panacée

bien entendu, et il y aura toujours une catégorie de cas graves qui n'auront d'autres ressource que l'opération radicale. Mais pour les nombreux cas classés sous l'étiquette salpingo-oophorite, elle mérite d'attirer l'attention du corps médical.

L'auteur a employé l'extrait parotidien dans vingt cas: dans cinq les principaux symptômes étaient la dysménorrhée, de la douleur dans la région ovarienne et dans le dos. Les ovaires étaient gros, douloureux, déplacés; on obtint, avec le traitement parotidien associé au traitement local, le soulagement de la dysménorrhée, le retour des ovaires à l'état à peu près normal, dans un temps beaucoup plus court qu'avec le traitement local seul.

Dans deux cas le traitement local ne donna aucun résultat, et dès qu'intervint l'extrait parotidien les ovaires redevinrent normaux et la douleur disparut.

Les résultats ont été également bons dans un certain nombre de cas d'utérus rétrodéviés et adhérents avec ovaires prolabés et douloureux: en plus de la réduction de volume des ovaires et de la disparition de la douleur, on put sentir les adhérences se ramollir et permettre ainsi à un massage abdomino-pelvien de réduire les organes déplacés.

En un mot, l'auteur a obtenu du traitement par l'extrait parotidien les résultats suivants:

I. Soulagement des douleurs de la dysménorrhée dans tous les cas.

II. Soulagement des douleurs du dos et de la région ovarienne.

III. Régularisation comme périodicité, quantité et durée des règles.

IV. Ramollissement des exsudats pelviens.

V. Disparition des maux de tête si pénibles et si persistants, amélioration de la santé générale, de la force et de l'état moral.

VI. Le traitement n'a aucune action, au contraire, dans les malaises qui suivent la ménopause artificielle.

R. Blondel.

Onze cas de césarotomie conservatrice avec incision transversale du fond de l'utérus (*Centralbl. f. Gynækologie* n° 49). —Ces onze cas ont été recueillis à la clinique de Kustner à Breslau par Hahn; ils portent à 62 le nombre des observations publiées. L'utérus a été conservé dans tous les cas: 2 fois, on enleva les trompes pour rendre la malade stérile. Il y eut 2 cas de mort (péritonite circonscrite). Dans un de ces cas, l'utérus, très atonique, fut extrait de la cavité abdominale et massé: à ce moment, une compresse stérilisée qui le séparait de la paroi abdominale glissa et l'utérus se trouva en contact avec ces dernières, d'où péritonite circonscrite au point de contact. Dans l'autre cas, la malade, entrée avec une rupture de la vessie, après plusieurs jours de douleurs, présenta à l'autopsie une péritonite purulente encapsulée dans le pourtour de la suture utérine. Les trajets des sutures offraient de la suppuration partant de la cavité utérine. Il est probable que dans ce cas, comme dans tous les cas analogues, l'opération de Porro eût été mieux indiquée.

Sur les 11 cas, l'hémorragie ne fut notable que dans 2: il peut arriver parfois que les extrémités de l'incision viennent intéresser les vaisseaux qui entourent l'orifice tubaire: c'est en ces 2 points que l'on s'empressera de poser des points de suture, aussitôt l'enfant extrait, car les fils serviront à attirer l'utérus jusqu'à la plaie abdominale.

Le placenta a été touché 3 fois par l'incision: dans un cas, l'angle tubaire droit était libre. Cette rareté de l'insertion sur le fond de l'utérus est du reste signalée par les statistiques.

Il a toujours été facile d'extraire l'enfant: jamais on n'observa à ce moment d'agrandissement par rupture de l'incision, bien que celle-ci eût souvent été peu étendue. Chaque fois, l'incision diminua dans de notables proportions après l'extraction et les lèvres de la plaie s'adaptèrent très exactement.

L'auteur se propose de continuer, à l'avenir, à adopter l'incision transversale et la recommande tout spécialement.

E. Vogt.

Colpotomie dans le traitement des maladies du bassin, par J. H. Glass (*in Med. news*, n° 6 1899) V. LXXV. — C'est un plaidoyer en faveur de l'emploi de l'incision et du drainage vaginal dans le traitement des collections suppurées des trompes, ligaments larges, tissu cellulaire péri-utérin ou péritoine du petit bassin. Que les abcès soient le résultat de la gonorrhée ou de l'infection post-partum, il y a indication urgente d'ouvrir et de prendre l'abcès par sa base; le pus s'écoule ainsi en dehors du péritoine, à travers des tissus infiltrés d'exsudat inflammatoire et protégés par des produits anti-toxiques. La voie abdominale employée dans ce cas n'est rien moins qu'« homicide ». Sauf les cas d'hémorragie grave, la voie vaginale est donc la voie de choix, à la portée d'un apprenti; elle est applicable aussi aux cas désespérés. La technique varie suivant les cas; tantôt c'est l'espace vésico-utérin que l'on ouvrira, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, tantôt et plus souvent c'est le cul-de-sac postérieur. L'auteur recommande d'isoler et de lier les vaisseaux aussi tôt

que possible. On y gagne, avec un processus d'atrophie ultérieur, de réduire au minimum le danger d'hémorragie secondaire par écartement ou défaut des pinces, et celui de l'occlusion des uretères, ou de suintement fétide prolongé, ce qui arrive quand on a pour habitude de saisir *en masse* les tissus qui se présentent. Le vagin, une fois le col fixé et tiré avec des pinces à traction, doit être incisé bien en dehors de sa réflexion sur le col, près du point d'élection, que ce soit en avant ou en arrière. On continue à disséquer avec le doigt jusqu'à ce qu'on ait atteint la poche purulente; les masses nécrosées sont évacuées et on remplit avec de la gaze aseptique, *sans laver* pour éviter d'achever une rupture péritonéale qui menace fréquemment.

L'emploi des tubes et de la gaze est également excellent.

On peut, sans perdre de vue la situation des uretères et de la vessie, se permettre, suivant les besoins, de modifier les incisions en les prolongeant sur les côtés pour pouvoir, avec un doigt introduit dans la cavité péritonéale explorer la surface utérine et les annexes. On peut ainsi extraire un myome superficiel pédiculé, attirer à soi les trompes et les ovaires, qui seront réduits, ou excisés suivant leur état, les adhérences seront détruites. En résumé, les nouvelles études sur ce sujet sont de nature à restreindre les indications de la voie abdominale que beaucoup de chirurgiens français et allemands emploient avec excès et empêcheront des mutilations inutiles, sans compter les éventrations consécutives. Le shock opératoire est moindre, la mortalité est diminuée.

Les contre-indications aux opérations vaginales sont :

1° Un vagin trop étroit ou septique.

2° Fixation de l'utérus, ou son hypertrophie, empêchant l'accès des annexes.

3° Signes de dégérescence tuberculeuse ou d'appendicite.

4° Cancer avec envahissement des ligaments utérins ou des glandes iliaques.

5° Hématocèle pelvienne, avec hémorragie continue.

A. Benoit

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Le peroxyde de chaux dans la thérapeutique infantile (*Wratch* n° 42, 1899). — Le peroxyde de chaux se présente sous forme d'une poudre blanc jaunâtre, insoluble dans l'eau. Préparé dans le laboratoire du Pr Nentjki le peroxyde de chaux contient 83,3 d'oxygène.

Roschkovsky a employé le peroxyde de chaux chez 35 enfants atteints de dyspepsie aiguë, de catarrhe intestinal aigu et de catarrhe gastro intestinal aigu.

Six nourrissons (de 1 à 6 mois) atteints de dyspepsie aiguë ont reçu 0,18 à 60 centigrammes en 24 heures. Sous l'influence de ce traitement, les selles deviennent normales au bout d'un laps de temps qui varie de 3 à 10 jours. L'auteur n'a observé aucun accident, pas un enfant n'a eu de vomissements. Le médicament a été donné dans du lait provenant de la mère. Dans 4 cas de dyspepsie acide où l'eau de chaux et le bicarbonate de soude restèrent sans effet, la guérison s'est produite sous l'influence du peroxyde de chaux (1 gramme par jour).

Chez trois enfants (de 11 mois à 5 ans) atteints de catarrhe intestinal aigu, les selles étaient abondantes, muqueuses, et fétides. Après une semaine d'expectation, l'auteur a administré du peroxyde de chaux et au bout de 7 à 10 jours les enfants ont guéri.

Dans un cas où il s'agissait d'un enfant de 18 mois atteint de catarrhe gastro-intestinal aigu le peroxyde de chaux n'a donné aucun résultat. Dans 21 cas de dyspepsie acide chez des enfants dont l'âge variait de deux semaines à onze mois l'auteur a essayé d'employer du peroxyde de chaux ne contenant que 53,2 d'oxygène. Les résultats obtenus n'ont pas été de beaucoup aussi bons; parfois il y a eu des vomissements et l'on a été obligé alors de recourir à l'eau de chaux.

L'action du peroxyde de chaux dans la dyspepsie acide est double : d'un côté on a l'action de la chaux : de l'autre celle de l'oxygène qui se dégage non seulement dans l'estomac mais dans l'intestin. Les observations de l'auteur confirment donc indirectement les expériences de Karoujas qui dans une thèse publiée il y a un an, a montré que chez les chiens l'indican disparaît des urines lorsqu'on administre à ces animaux du peroxyde de chaux.

J. Roubleff.

Phénocolle dans la coqueluche (*Wratch*. n° 39, 1899). — Ostrovsky a traité par le phénocolle, 35 enfants dont l'âge a varié de six semaines à sept ans; sur ces 35 malades dont 21 garçons et 14 fillettes (15 malades étaient atteints de rachitisme).

En se basant sur ses observations, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

Le chlorhydrate de phénocolle ne peut être considéré comme un moyen thérapeutique spé-

cifique dans la coqueluche, mais ce qui est incontestable, c'est qu'il doit être placé au-dessus de bien d'autres moyens thérapeutiques étant donnée l'action bienfaisante qu'il exerce sur la fréquence et la force des quintes ainsi que sur la durée de la maladie.

Le phénocolle chez des malades atteints de rachitisme et prédisposés aux maladies des voies respiratoires semble prévenir la pneumonie.

Enfin le phénocolle est très bien supporté et ne provoque aucun accident grave même chez les plus petits enfants.

J. Roubleff.

De la valeur comparative des récents antiseptiques dans la pratique de la pédiatrie, par Gustavus M. Blech. (*American medical association*. Congrès de juin 1899. — Les antiseptiques peuvent être divisés en antiseptiques urinaires, respiratoires, intestinaux et généraux. Celui des antiseptiques urinaires qui doit être préféré est l'urotropine, sans aucune action irritante et permettant un traitement local de la vessie. Parmi les antiseptiques respiratoires, le carbonate de gaïacol donne de bons résultats dans les bronchites : dans la tuberculose, dans le premier et le second âge on peut employer la tuberculocidine de Klebs. Celui des antiseptiques intestinaux qui est de beaucoup le mieux toléré est l'eudoxine.

P. Sainton.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De la médication cacodylique, par Gautier (*Académie de médecine*, 31 octobre 1899). — Les préparations cacodyliques administrées par la bouche ou données en injections rectales déterminent fréquemment, au bout de quelques jours, des phénomènes d'intolérance : le malade accuse de la pesanteur et des crampes à l'épigastre, quelquefois même des désordres intestinaux et, en outre, son haleine prend fréquemment une odeur alliacée. Ces phénomènes peuvent persister plusieurs jours après la suppression du médicament.

Chez les sujets dont les reins sont parfaitement sains et, à plus forte raison, chez ceux dont les reins sont incomplètement perméables, l'ingestion prolongée d'acide cacodylique peut déterminer une albuminurie plus ou moins persistante.

En raison de ces inconvénients dus à la réduction incomplète de l'acide cacodylique dans son parcours à travers le tube digestif, M. Gautier a renoncé à administrer ce médicament par les voies buccale ou rectale et ne l'emploie plus que sous la forme d'injections hypodermiques. On évite de cette façon non seulement l'odeur alliacée de l'haleine, mais encore tous les autres accident de la médication arsenicale.

Il importe d'employer le médicament à l'état de pureté ; le cacodylate de soude pur ne doit pas précipiter par le nitrate d'argent, ni après agitation avec un mélange de sel ammoniac, d'ammoniaque et de sulfate de magnésie.

M. Gautier formule ainsi la solution à injecter :

Cacodylate de soude pur.	6 gr. 40
Alcool phéniqué.....	X gouttes
Eau distillée.....	100 cc.

Porter un moment à l'ébullition, rétablir les 100 cc. et verser dans un flacon stérilisé.

Chaque centimètre cube de cette solution correspond à 0 gr. 05 d'acide cacodylique, car à la dose moyenne qui convient à l'adulte en une fois et par vingt-quatre heures, dose que l'on peut doubler en général sans inconvénient, pourvu qu'on laisse le malade se reposer tous les huit ou dix jours, durant un laps de temps égal à celui pendant lequel il a reçu le médicament. S'il y a tendance aux congestions et, chez la femme, pendant les périodes menstruelles, il est préférable, pour éviter des complications, de suspendre quelque temps l'usage de la médication cacodylique.

C. Lyon.

Action de l'euphtalmine : considérations sur l'importance du groupe amygdalyle au point de vue de l'effet mydriatique. (*Therap. Monatshefte*, décembre 1899. — L'euphtalmine étudiée par Vinci, est la phényl-glycolyl-n-méthyl-B-vinyldiacétonalkamine, elle est insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool et l'éther, donnant avec les acides des sels facilement solubles. Le chlorhydrate est une poudre cristalline incolore, fondant à 183° environ, facilement soluble dans l'eau.

L'euphtalmine provoque une mydriase accentuée, aussi bien en l'administrant à l'intérieur, qu'en application directe dans le sac conjonctival. Dans ce dernier cas, on obtient une mydriase unilatérale. Avec 2 à 5 gouttes d'une solution de 2 à 10 0/0, l'effet se manifeste au bout de 15 à 25 minutes, avec maximum au bout de 3/4 a

1 heure et retour à l'état normal au bout de 3 à 6 heures. Le produit ne semble pas influencer la pression intra-oculaire : les solutions usuelles n'irritent pas la conjonctive, l'épithélium cornéen n'est pas modifié et la toxicité est très faible. Les expériences sur les animaux ont démontré que la mydriase est obtenue principalement par une paralysie des filets nerveux terminaux se distribuant dans le sphincter (rameaux de l'oculo-moteur commun). On ne peut constater aucune excitation du dilatateur. En ajoutant de la cocaïne, on augmente au maximum l'effet mydriatique.

Comme les nerfs ciliaires sont forcément paralysés aussi, l'accommodation est influencée, mais comme les faibles doses d'euphtalmine qui suffisent pour provoquer une mydriase moyenne, n'agissent pas avec la même intensité que les doses classiques des autres mydriatiques, les troubles de l'accommodation sont peu marqués et disparaissent au bout d'une heure ou deux.

En thérapeutique, une solution de 2 à 5 0/0 permettra d'obtenir une mydriase suffisante pour les besoins de la pratique; les troubles de l'accommodation resteront minimes dans ces conditions.

Les solutions d'euphtalmine sont faciles à stériliser et se conservent sans altération pendant longtemps.

E. Vogt.

Inconvénients du chlorhydrate de scopolamine (*Medicinskoe Obosrénie*, n° 10, 1899). — Masslennikoff rapporte les deux cas suivants:

A un homme de 46 ans et à une jeune fille sur lesquels on a pratiqué des opérations sur les yeux (dans le premier cas : extraction de la cataracte, dans le second : iridectomie) on a instillé par deux fois deux gouttes d'une solution de scopolamine à 1 pour 500. Ces instillations ont été suivies très rapidement (chez la jeune fille déjà au bout de 10 minutes) d'une excitation qui devient très violente à un moment donné. Chez le premier malade cet état a duré plusieurs heures; au bout de ce temps l'excitation diminua peu à peu et le malade s'endormit. Au réveil, les malades déclarèrent qu'ils se souvenaient de tout ce qui s'était passé, mais qu'ils ne se rendaient pas compte de la cause qui les avait poussés à agir ainsi. Ajoutons que chez la seconde malade l'excitation a duré moins d'une heure.

En outre, les observations de l'auteur lui ont montré que les instillations de scopolamine en solution à 1 pour 500 provoquent souvent une sensation de forte brûlure dans les yeux, surtout dans les yeux qui viennent d'être soumis à une intervention chirurgicale.

Dans quelques cas rares Masslennikoff a constaté du vertige et de la courbature surtout chez des individus âgés. L'atropine n'a jamais provoqué d'accidents semblables. La scopolamine n'a pas manifesté d'action antiinflammatoire dans les processus ulcératifs de la cornée.

Enfin, d'après l'auteur, la scopolamine est particulièrement indiquée là où l'on soupçonne un excès de pression intra-oculaire.

J. Roubleff.

La spléniferrine, contribution à l'étude de la médication martiale chez les anémiques, les cachectiques et les tuberculeux (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — La spléniferrine est constituée par un extrait de pulpe corticale desséchée de rate auquel on ajoute de l'oxydule de fer combiné à de l'albumine pour renforcer la proportion de fer (jusqu'à 5 0/0 dans les rates de bœuf, par exemple) que la pulpe splénique contient. Rohden qui a expérimenté le produit, lui accorde d'être extrêmement assimilable et de ne jamais provoquer d'intolérance, même chez les chlorotiques avancés, qui supportent si difficilement la médication martiale prolongée. Avec des doses quotidiennes correspondant à 0 gr. 05 de fer, l'auteur a vu la quantité d'hémoglobine augmenter de 25 0/0 en dix semaines environ, preuve évidente d'une assimilation aussi complète que possible. Il est du reste certain que la médication martiale ne doit pas rechercher les hautes doses, mais au contraire se baser sur l'emploi de petites doses d'un fer très assimilable.

La spléniferrine offre de grands avantages dans le traitement des tuberculeux apyrétiques ne présentant pas de tendance aux hémoptysies. Beaucoup d'observateurs sont opposés à l'administration de martiaux dans la tuberculose pulmonaire, mais cela tient sans doute à ce que les préparations expérimentées jusqu'ici étaient de digestion malaisée et exerçaient une action congestive. La spléniferrine, donnée à des doses encore plus faibles que dans la chlorose, agit comme tonique et hématogène, sans causer d'accidents.

E. Vogt.

Action hémostatique de la gélatine, (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 déc. 1899). — Bauermeister conseille de généraliser à toutes les hémorragies internes l'emploi de la gélatine en solution aqueuse à 10 : 150 (4 cuillerées à soupe par jour en moyenne). Dans 3 cas d'hémorragies du tube digestif, les résultats ont été excellents et rapides. Même succès dans l'épistaxis (introduction d'une mèche de gaze imbibée de la solution dans la narine). Dans un cas d'hémop-

tysie, on donna jusqu'à 20 grammes par jour de gélatine à l'intérieur : ici le résultat fut lentement obtenu (8 jours), mais définitif.

L'insuccès relatif dans le cas d'hémorragie pulmonaire s'explique par l'absence de rétractilité vasculaire et l'action défavorable des mouvements respiratoires et des accès de toux.

Les observations de l'auteur lui ont démontré que la gélatine exerce une action évidente sur l'activité cardiaque ; elle abaisse le nombre des pulsations, augmente la tension artérielle et provoque à hautes doses l'irrégularité des battements de cœur. La thrombose vasculaire est ainsi favorisée : mais l'action favorable de la gélatine sur les anévrysmes ne saurait être expliquée de cette façon, puisque la contractilité vasculaire du sac anévrysmal ne peut entrer en ligne de compte. Il est probable que la gélatine représente un poison pour les globules blancs, qu'elle détruit ces derniers et libère de cette façon le ferment coagulant qu'ils contiennent. Si l'on admet cette hypothèse, on comprend que la gélatine agisse toujours de même façon : en application externe (que ce soit directement comme dans le cas d'épistaxis ou en injection stomacale dans le cas d'hémorragies du tube digestif) ou en injection sous-cutanée. L'effet coagulant s'exercerait toujours de la même façon.

Si l'on adopte les idées de l'auteur, on deviendra prudent dans l'emploi des injections sous-cutanées, chez des malades présentant des affections cardiaques ou rénales, car on risque alors de provoquer la formation de thromboses en des points que l'on ne recherchrait pas ou dans le parenchyme rénal déjà modifié par un processus pathologique.

E. Vogt.

Fabrication de l'eau de Seltz, par P. Carles (*Répertoire de Pharmacie*, 10 septembre 1899). — La fabrication de l'eau de Seltz qui se trouve presqu'entièrement dans les mains de l'industrie a fait peu de progrès grâce à l'incompétence des fabricants.

Pour que l'eau de Seltz réponde aux exigences de l'hygiène moderne, il faut : 1° Savoir faire un choix judicieux de l'eau à gazéifier; 2° Ne la saturer qu'avec de l'acide carbonique absolument pur; 3° Ne pas la mettre en contact dans les siphons avec des armatures plombifères.

Choix de l'eau. — Il y a lieu de considérer séparément sa constitution minérale et son état bactériologique.

Les meilleures eaux potables, comme constitution minérale, sont peu propres à être transformées en eau de Seltz; de même que les eaux séléniteuses, impropres à l'alimentation, à cause de leur sulfate de chaux, sont les meilleures pour faire les bières hygiéniques, de même les eaux lourdes, à cause des sels calcaires qu'elles contiennent, doivent être préférées pour la gazéification. On a observé que parmi les eaux naturelles, les plus stables sont celles qui, sans trop grande surcharge de gaz carbonique, sont assez fortement bicarbonatées calcaires. Une eau gazeuse n'a pas une valeur proportionnelle au gaz qu'elle contient dans le syphon, mais bien à celui qu'elle retient dans le verre; le point important consiste dans la lenteur avec laquelle l'eau laisse se dégager le gaz dans l'estomac. L'excès de gaz contenu dans certaines eaux de Seltz produit chez certains sujets des étourdissements et même des dilatations d'estomac.

Les eaux calcaires, contenant de 25 à 50 centigrammes de carbonates terreux, doivent être préférées, pour la gazéification, aux eaux plus pures; quand on ne les possède pas, on peut se rapprocher de la nature en faisant dissoudre dans l'eau carbonique la proportion de calcaire qui lui manque.

Examen bactériologique. — L'acide carbonique se montre défavorable à la pullulation de quelques microorganismes et funeste à l'existence de certains autres, mais il ne doit pas pour cela être considéré comme un antiseptique, car certains germes, comme ceux par exemple de la fièvre typhoïde, persistent plus longtemps dans l'eau de Seltz que dans l'eau distillée ou l'eau de canalisation. La seule eau vraiment recommandable est donc l'eau stérilisée par la chaleur ou par une bonne filtration.

Gazéification. — Il faut mettre beaucoup de soin dans le choix de l'acide et du carbonate, et bien surveiller les lavages. Déjà quelques industriels, plus consciencieux, ont adopté l'acide sulfurique, dit au soufre le plus pur; d'autres emploient le bicarbonate de soude en place de craie.

Armatures plombifères. — Toutes les précautions doivent être prises pour que l'eau ne devienne pas plombifère.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ASTHME

I. Traitement de l'accès

Faire asseoir le malade; lui maintenir la tête haute, le corps penché en avant; le débarrasser des vêtements qui entravent la circulation. Ouvrir les fenêtres.

On peut parfois enrayer l'accès en faisant tremper les mains dans de l'eau très chaude (Winternitz).

Si l'accès est très intense, injecter immédiatement de la *morphine* :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10
Eau stérilisée.....	10 —

Injecter une demi-seringue; renouveler deux ou trois fois en cas de besoin.

(On peut, à cette formule, ajouter 1 centigramme de sulfate neutre d'atropine).

Si l'accès est d'intensité modérée, on peut avoir recours aux inhalations d'*éther*, de *chloroforme*, d'*iodure d'éthyle* (IV-V gouttes), de pyridine (XV gouttes sur un mouchoir ou 4-5 grammes versés dans une soucoupe que l'on place au milieu de la chambre). On peut encore faire respirer le mélange volatil suivant :

Ether.....	30 grammes
Essence de térébenthine.....	15 —
Acide benzoïque.....	15 —
Baume de tolu.....	8 —

(Dans un flacon à large tubulure).

On peut faire respirer la fumée provenant de la combustion de feuilles sèches de solanées vireuses : datura stramonium, belladone, jusquiame, tabac, roulé en cigarettes :

Extrait de stramonium.	5 grammes
Alcool à 36°.....	50 —
Tabac en feuilles	100 —
Iodure de potassium...	30 —
Nitrate de potasse.....	5 —

Pour 100 cigarettes.

Ou de papier nitré (préparé avec une solution de nitrate de potasse à 10 p. 100).

II. Traitement de la période intercalaire

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE :

Hydrothérapie froide longtemps continuée Brissaud).

Exercices physiques : gymnastique, bicyclette, escrime.

Changement de climat, en cas de crises très rapprochées.

Se mettre à l'abri du vent et fuir les températures élevées. En été séjour en des localités bien abritées, au voisinage des bois plutôt que dans les plaines découvertes où l'air est saturé de poussières végétales.

Les altitudes au-dessus de 1000m sont défavorables.

Combattre l'arthritisme par le régime (peu de viandes, laitage, etc.), par les alcalins.

Cures thermales : Vichy, Ems, Mont-Dore, La Bourboule (ces trois dernières quand il existe une bronchite surajoutée).

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

L'*iodure de potassium* à la dose de 1 à 2 gr. par jour est, pour ainsi dire, le remède spécifique, à la condition que son usage soit prolongé pendant des mois entiers; donner l'iodure chaque mois pendant vingt jours, avec deux jours d'intervalle, après les dix premiers jours de traitement, et huit jours de repos à la fin de chaque mois.

Iodure de potassium.....	10 gr.
Extrait thébaïque	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 gr.

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

L'adjonction de *teinture de Lobelie* (10 gr.) à cette potion n'est pas nécessaire.

Les *bromures* n'ont aucune efficacité; mais les différentes préparations de *valériane* (extrait à la dose de deux à cinq grammes par jour, valérianate d'ammoniaque, valérianate d'amyle) ont des effets incontestables sur l'élément spasmodique.

La *Quebracho* (deux à quatre grammes de teinture en potion) est d'une efficacité discutable.

La *belladone* peut être donnée conjointement à l'iodure ou alternativement avec lui.

On prescrit :

Poudre de feuilles de belladone Extrait de belladone.....	} ãã 0 gr. 20

pour vingt pilules. Une chaque soir.

L'*arsenic* peut également alterner avec l'iodure (4 à 5 milligrammes d'arséniate de soude par jour, en solution).

Chez l'enfant on prescrira l'iodure de sodium à la dose de 5 à 10 centigr. par jour dans de la

bière de malt ou le sirop iodo-tannique (une cuillerée à soupe à chaque repas).

Chez lui également on aura recours aux pratiques hydrothérapiques : d'abord lotions froides, puis douches écossaises et finalement douche froide.

III. — **Traitement causal.**

Traiter les lésions nasales : atrésie, coryza chronique, végétations adénoïdes, etc.... mais se garder des interventions irritantes (cautérisations) ou intempestives.

La cocaïne en pulvérisations nasales, en badigeonnages, peut quelquefois enrayer un accès d'asthme au début.

On songera à l'origine vermineuse dans certains cas et l'on traitera les malades en conséquence ; on traitera les troubles digestifs chez les dyspeptiques.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la nomination du professeur Terrier à la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié et du décès de M. Marchant, les mutations suivantes ont eu lieu, le 25 décembre, dans les services de chirurgie.

M. Berger passe de la Pitié à Beaujon ; M. Picqué, de la Pitié à Bichat ; M. Chaput, de Tenon à la Pitié ; M. Lejars, de la Maison de Santé à Tenon ; M. Potherat, de Bicêtre à la Maison de Santé ; M. Guinard, de l'hôpital d'Ivry à Bicêtre ; M. Hartmann prend le service de l'hospice d'Ivry.

En prévision des changements qui auront lieu dans le courant de l'année, par suite du remplacement de l'hôpital Trousseau par trois nouveaux hôpitaux d'enfants, les mutations suivantes ont été décidées pour les services de chirurgie infantile :

M. Félizet passera de l'hôpital Tenon à l'hôpital de la rue Etex ; M. Kirmisson, de l'hôpital Trousseau à l'hôpital de la rue Michel-Bizot ; M. Broca, de l'hôpital Trousseau à l'hôpital Tenon ; M. Delbet prendra le service de chirurgie de l'hôpital Hérold.

Le concours de l'Internat. — M. Waldeck-Rousseau vient de prendre une décision définitive en ce qui concerne le concours.

En voici les termes :

Sur les 580 inscrits, 333 candidats seulement ont fait les compositions écrites. Sur ces 333 concurrents, 78 ont vu leur composition écrite détruite avant lecture devant le jury ; au contraire, 255 avaient pu lire devant le jury.

A l'origine, le nombre des places d'internes mises au concours était de 36. M. Waldeck-Rousseau, d'accord avec l'Administration de l'Assistance publique, a décidé de créer 10 nouvelles places d'internes.

Les 36 places originelles seront réservées aux 255 candidats qui ont pu accomplir les épreuves écrites et qui n'ont plus qu'à subir les épreuves orales.

Les 10 nouvelles places créées seront attribuées aux 78 candidats dont les copies ont été détruites et qui vont recommencer le concours en entier.

La proportion est à peu près la même dans les deux catégories entre le nombre des concurrents et celui des places mises au concours.

Le ministre de l'intérieur a pris un arrêté conforme à ce que nous venons de dire, qui a été publié dimanche au *Journal officiel*.

En même temps, le préfet de la Seine, dans les attributions duquel rentre la question, va prendre un arrêté pour modifier les conditions du concours écrit en vue d'en supprimer la publicité qui existait jusqu'ici.

Club médical de Paris. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères de Paris et de la province que le projet tenté, à différentes reprises, de la constitution d'un Club médical, vient enfin de se réaliser sous la forme d'un groupe professionnel spécial du Cercle national.

Son but est d'entretenir, entre tous ses membres, des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un centre professionnel ouvert aux membres du Corps médical parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger, en déplacement temporaire à Paris.

Son siège est 5, avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle national.

Peuvent en faire partie tous les docteurs en

médecine reçus dans une Faculté française (Article 7 du règlement).

Article 8. — Le nombre de ses membres est illimité.

Article 9. — La présentation d'un candidat doit être faite par deux membres du Comité.

Article 10. — L'admission est précédée de l'affichage 15 jours d'avance. Elle est prononcée par le Comité après enquête et rapport, à la majorité des quatre cinquièmes des membres présents ou représentés.

Article 13. — Des cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux médecins de province et de l'étranger qui en feront la demande.

Un bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les médecins visiteurs à l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur les cours de Facultés où autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientifiques et médicales, etc.

Pozzi, Président; De Ranse, Faisans, Vice-Présidents; Doléris, Secrétaire général; Desnos, Trésorier; Chassevant, Bibliothécaire; Baudoin, Bouloumié, Boursier, Brissaud, Chervin, Chevallereau, Coudray, Durand-Fardel. Florand, Huchard, Jamin, Jullien, Laborde, Lataste, Lefèvre, V.-Ch., Leroux Marchant- Gérard, Maygrier. De Molènes, Peyrot, Poyet, Richelot, Valude, Membres du Comité.

Adresser toute demande d'admission au docteur Doléris, secrétaire général, 5, avenue de l'Opéra.

BIBLIOGRAPHIE

Le massage thérapeutique, par le Dr Hugon. 1 vol. in-18, Vigot frères. Paris, 4 francs. — Le massage, qui jouit depuis fort longtemps d'une grande vogue à l'étranger, en Suède, en Norvège, en Allemagne, etc., commence à s'acclimater en France. Le Dr Hugon passe en revue, dans son livre, les différentes affections justiciables de ce traitement. Après un exposé suffisant de l'action physiologique du massage, et un exposé de la technique opératoire, technique qui fait trop souvent défaut au praticien, l'auteur aborde la massothérapie particulière et les affections des différents appareils, reins, vessie. Le chapitre consacré aux affections nerveuses est particulièrement intéressant. Le Dr Hugon fournit dans son ouvrage des observations de malades améliorés ou guéris par le massage. Le livre est intéressant en ce qu'il vulgarise, pour le praticien, les différents procédés de massage, et le garde de la croyance trop souvent admise, avec preuves à l'appui, qu'il n'y a que les affections articulaires ou tendineuses, rhumatismales, que le massage puisse guérir.

La gastrostomie par M. Bracquehaye (J.-B. Baillère et fils). — C'est un traité succinct où sont posées les indications et contre-indications de cette opération, avec toutes les manières connues de la pratiquer. L'auteur donnant la préférence au procédé de *Contax*, c'est le seul qu nous reproduirons ici :

1° Incision de 8 centimètres, dite de Senger, parallèle au rebord costal.

2° L'estomac est saisi avec une longue pince à dents de souris et attiré au dehors de manière à former un cône tordu par la pince, qu'on a eu soin d'appliquer le plus près possible de la petite courbure.

3° Suture de la base en couronne aux lèvres de la plaie.

4° La pince refoule en dedans le cône d'estomac : on a un cul-de-sac. De chaque côté de la pince, former un pli creux au niveau duquel on suture au catgut la séreuse viscérale à elle-même. La pince est retirée, la valvule est créée.

5° Glisser à la place de la pince un bistouri et ponctionner l'estomac. Il faut que la sonde rouge de Nélaton n° 24 passe à frottement. Un point de catgut fixe la sonde à l'estomac.

6° Suture complète des téguments autour de a sonde.

A. Benoit.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR 1899.

Le mardi 12 décembre a eu lieu la séance publique annuelle et la distribution des prix de Académie de médecine pour l'année 1898.

Après la lecture, par M. Vallin, secrétaire annuel, du rapport général sur les prix décernés en 1899 et l'énumération des prix proposés pour les années 1900, 1901 et 1902, M. le Dr Bergeron secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de M. H. Roger.

Voici la liste des prix :

PRIX DE L'ANNÉE 1899. — *Prix de l'Académie.* — 100 fr. (1). — Question : Physiologie et pathologie de la glande thyroïde. — Un prix de 600 fr. à M. M. Garnier, interne des hôpitaux de Paris ; Un prix de 400 fr. à MM. Enriquez et Lamy, de Paris ; Mention honorable à M. Gauthier, de Charolles.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr. — A M. L. Ombredanne, interne des hôpitaux de Paris (Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée).

Prix Amussat. — 1.000 fr. (Triennal). — L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

400 fr. à MM. G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et J. Vanverts, de Lille (De la ligature des vaisseaux spléniques chez l'animal et chez l'homme) ;

200 fr. à M. H. Lardennois, interne des hôpitaux de Paris (De l'anastomose entéro-rectale et de son exécution par le procédé de l'emporte-pièce).

Prix d'Argenteuil. — 6.800 fr. (Sexennal). — 1.500 fr. à MM. Bazy, chirurgien des hôpitaux Chailloux, de Paris, et J. Escat, de Marseille (De la castration dans l'hypertrophie de la prostate) ;

1.500 francs à MM. A. Poncet, professeur, et X. Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon (Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques) ;

1.500 fr. à MM. M. Wassermann et N. Hallé, de Paris (Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre) ;

700 fr. à M. E. Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris (Chirurgie des voies urinaires) ;

700 fr. à M. O. Pasteau, de Paris (Etude sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme) :

450 fr. à M. L. Imbert, de Montpellier (Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles) ;

450 fr. à M. B. Motz, de Paris (Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate).

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24.000 fr. de rente. — Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, n'ont pas obtenu de récompenses.

Prix Barbier. — 2.000 fr. — Un prix de 1.500 fr. à M. P.-L. Simond, médecin principal du corps de santé des colonies, directeur du laboratoire de bactériologie de Saïgon (La propagation de la peste) ;

Un prix de 500 fr. à M. Auché, pharmacien de 2e classe de la marine (La lèpre en Nouvelle-Calédonie en 1898).

Mentions honorables à :

M. G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille (Tentatives expérimentales d'immunisation contre le tétanos et le venin des serpents) ;

M. P. Cozette, médecin-vétérinaire à Noyon (Oise). Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la fièvre vitulaire).

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 fr. — Un prix de 900 fr. à M. M. Doyon, professeur agrégé à la

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont des prix annuels.

Faculté de médecine de Lyon (Circulation du sang) ;

Un prix de 300 fr. à M. X. Delore, de Lyon (Circulation utérine. placentaire et fœtale).

Mentions honorables à :

M. F. Bousquet, de Paris (Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin) ;

M. J. Jolly, de Paris (Recherches sur la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs).

Prix Henri Buignet. — 1.500 fr. — A MM. Barthélemy et Oudin, de Paris (Application de la méthode Rœntgen aux sciences médicales).

Prix Capuron. — 1.000 fr. — Question : Des modifications du placenta et des membres de l'œuf retenu dans l'utérus. — A MM. Ségall et Weinberg, de Paris.

Mention honorable à M. J. Fabre, chef des travaux de la clinique obstétricale de l'Université de Lyon.

Prix Chevillon. — 1.500 fr. — Le prix n'est pas décerné.

Encouragement de 500 francs à M. U. Guinard, de Paris (La cure chirurgicale du cancer de l'estomac).

Prix Civrieux. — 800 fr. — Question : Du nervosisme. — Le prix n'est pas décerné.

Récompense de 500 francs à MM. A. Marie, directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, et A. Vigouroux, médecin de cette colonie.

Prix Clarens. — 400 fr. — A M. G. Sersiron, de Paris (Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne).

Mentions honorables à :

MM. Lévy, adjoint à l'intendance militaire, et Talayrac, médecin-major de 2e classe au 4e bataillon d'artillerie à pied à Verdun (Contribution à l'étude de la congélation des viandes).

M. J. Casteret, médecin aide-major de 1re classe au 126e d'infanterie, à Toulouse (Le kéfir à l'eau comme boisson hygiénique dans l'armée).

Prix Daudet. — 1000 francs. — Question : Du lymphadénome.

Le prix n'est pas décerné.

Encouragement, avec une somme de 800 francs, à MM. F. Bezançon et M. Labbé, de Paris.

Mention honorable à M. Leredde, de Paris, et M. E. Weill, int. à l'hôp. de la Pitié.

Prix Desportes. — 1300 francs. — Un prix de 1000 fr. à MM. E. Schoull, méd. en chef de l'hôp. mil. de Tunis, et P. Remlinger, méd. aide-major de 1re cl., chef du labor. milit. de bactér. de Tunis (De l'efficacité de la médication créosotée dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la uberculose).

Mention très honorable avec une somme de 300 fr. à M. G. Variot, méd. de l'hôp. Trousseau à Paris (La diphtérie et la sérumthérapie).

Mentions honorables à :

M. P. Carnot, de Paris (Recherches sur différents hémostatiques coagulants et particulièrement la gélatine et le chlorure de calcium) ;

M. H. Leroy-Dupré, de Paris (Traité d'hydrothérapie).

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1899, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

2000 fr. à M. M. Faure pour sa mission à Néris et son rapport sur Saint-Sauveur ;

1750 fr. à M. Cadol pour sa mission à Gréoulx et son rapport à Molitg et Le Vernel.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. — Un prix de 800 fr. à M. G. Potel, de Lille (Etude sur les malformations congénitales du genou).

Récompense de 200 fr. à M. J. Escat, de Marseille (Infiltration d'urine et péri-urétrite).

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3000 francs. — A. M. P. Janet (Névroses et idées fixes. L'automatisme psychologique).

(*à suivre*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement par les bains froids de la fièvre typhoïde chez les enfants

par M. F. Glénard, correspondant de l'Académie de médecine.

Dans la séance du 14 novembre 1899 de la *Société de Pédiatrie*, MM. Variot et Dévé et M. Barbier (1) ont dit, à propos de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1899, avoir renoncé depuis longtemps au traitement de cette maladie par les bains froids chez les enfants, à cause des « chocs nerveux violents, des phénomènes de collapsus cardiaque, de la tendance à la syncope », qu'il produit chez eux, et M. Méry a ajouté que, s'il avait pu ne pas renoncer à ce mode de traitement, c'était grâce aux injections sous-cutanées de strychnine sans lesquelles il avait observé auparavant, dit-il, « assez souvent des phénomènes de collapsus au courant du traitement par les bains froids ».

J'ai eu maintes fois l'occasion, — depuis que, il y a 25 ans, j'ai fait connaître en France la méthode de Brand, et soigné à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon, les premiers malades qui aient été baignés, non parce qu'ils étaient atteints d'une fièvre typhoïde à symptômes alarmants, mais simplement parce qu'ils avaient la fièvre typhoïde, — j'ai eu maintes fois l'occasion (2) de traiter la fièvre typhoïde par les bains froids chez les enfants. Au moment même où le compte rendu de la discussion à la Société de Pédiatrie était publié dans la Presse médicale, je soignais avec notre excellent confrère, le Dr Carron de la Carrière, la petite fille d'un médecin à Paris et j'ai pu me rendre compte de l'impression fâcheuse produite par cette discussion sur les parents de la petite malade, alors que cependant tout allait bien et qu'elle est guérie aujourd'hui. Est-ce donc que tous ceux qui, depuis vingt-cinq ans, ont soigné la fièvre typhoïde chez les enfants par les bains froids et ont proclamé l'efficacité de ce traitement, ont été jusqu'ici victimes d'une illusion? Est-ce donc que cette conquête sur la maladie, dont nous avions lieu d'être si fiers, va nous être enlevée?

Eh bien! je ne le crois pas et mon opinion paraîtra bien fondée, lorsque j'aurai examiné les causes de la contradiction entre défenseurs et détracteurs de la méthode des bains froids chez les enfants.

I

La fièvre typhoïde des enfants est la même maladie que la fièvre typhoïde des adultes, mais sa gravité chez les enfants est-elle, comme on le croit, assez peu marquée

(1) Réflexions sur l'épidémie de fièvre typhoïde, en 1899, à l'hôpital Trousseau. *Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, nov. 1899, p. 173.

(2) F. Glénard. Traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand. *Lyon médical*, 1873. — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, à Lyon, en 1873 et 1874. *Lyon médical*, 1874.

pour que la thérapeutique puisse ne pas chercher à progresser dans le traitement de cette maladie ?

La gravité d'une maladie peut être appréciée, d'abord par le taux de mortalité, ensuite par sa durée, son aptitude aux complications, l'incertitude du pronostic, la durée de la convalescence, les stigmates qu'elle peut laisser après elle.

En ce qui concerne le taux de mortalité, c'est aux statistiques que nous devons poser la question. Quand les statistiques sont dressées dans le but d'établir la valeur relative des divers modes de traitement, il est de toute évidence que le partage des cas doit être fait suivant le traitement appliqué ; or, comme il s'agit ici, non seulement de nous rendre compte du degré de gravité de la maladie, mais encore de savoir si ce degré de gravité ne varie pas avec les méthodes thérapeutiques, je diviserai les statistiques suivant que les malades ont été traités : 1° par la médication interne exclusive ; 2° par la méthode systématique des bains froids ; 3° par une méthode mixte, c'est-à-dire par une méthode dans laquelle les bains n'interviennent, à côté des médicaments, que comme succédanés et seulement dans certaines complications de la maladie.

Parmi les statistiques du premier groupe, je ne mentionnerai que celles antérieures à 1874, c'est-à-dire antérieures à l'époque où le bain froid se généralise et devient une arme habituelle entre les mains des médecins.

C'est d'abord celle de Rilliet et Barthez (1), qui, en 1843, à l'Hôpital des Enfants-Malades, de Paris, ont relevé un total de 111 cas avec 29 morts, soit 26 p. 100.

Griesinger (2), à l'hôpital à Zurich, en 1885, a trouvé pour les enfants d'un à neuf ans, 4 morts sur 17 (23,5 p. 100), et pour les enfants de dix à dix-neuf ans, 15 morts sur 106 malades (13,6 p. 100), soit, sur 123 malades, 19 morts = 15,4 p. 100.

Barthez (3), en 1863, dans le service de l'hôpital Ste-Eugénie, a constaté. sur 104 cas, 11 décès (9,5 p. 100) et, en 1864, dans le même hôpital, sur 22 malades, il eut 5 décès (20 p. 100). En additionnant, nous avons 126 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, donnant 16 décès: soit une moyenne de 13 p. 100.

Prunac (4), en 1870, à l'hôpital de la Charité à Lyon, a relevé 4 décès sur 12 cas, 30 p. 100.

D'Espine et Picot (5), sur 43 enfants traités, en 1872, à l'hôpital Sainte-Eugénie, ont eu 6 morts.

Murchison (6), en 1873, a divisé les enfants en trois catégories. D'un à cinq ans, la mortalité est de 12,06 p. 100; de cinq à neuf ans, de 11,28 p. 100, et, de dix à quatorze ans, de 12,86 p. 100. Ce rapport est basé sur 1174 malades avec 141 morts, des deux sexes, soit pour le total, 12,06 p. 100.

West (7), vers la même époque, a relevé 11 décès sur 84 cas=13,09 p. 100.

Cayla (8), en 1874, trouve pour les années 1872 et 1873 et, dans les mois de l'année 1874, qui ont précédé et suivi une épidémie, un total de 72 cas avec 25 morts = 34 p. 100.

(1) Rilliet et Barthez. *Traité des maladies des enfants*. Paris, Baillière, 1833, t. II, p. 399.
(2) Griesinger. *Infectionskr an kheiten*. Erlangen, 1855.
(3) Cahierre. Thèse de Paris, 1865.
(4) Prunac, Thèse de Paris, 1870, t. X.
(5) D'Espine et Picot. *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris Ballière. 1900.
(6) Murchinson. *Treatment of continued Fever*, 1875, p. 60.
(7) West, *Diseases of infancy and childhood*, p. 777.
(8) Cayla, *Du traitement de la fièvre typhoide par les bains froids chez les enfants*. Th. Montpellier, 1874.

Récapitulons ces chiffres, qui peuvent nous donner une idée du taux de mortalité de la fièvre typhoïde pour les médicaments, et nous avons un total de 1745 malades avec 250 morts, ou 15 p. 100.

II

Il était tout naturel, dès 1874, il était même d'une obligation stricte, pour le médecin qui connaissait les résultats remarquables du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids chez l'adulte, de chercher à faire bénéficier les enfants de ce même traitement dans la même maladie. Tentative d'autant plus rationnelle que, si le traitement, quel qu'il soit, est efficace contre la fièvre typhoïde de l'adulte, il le sera, *à fortiori*, bien entendu, avec une posologie de l'eau froide appropriée à l'âge, chez l'enfant où la maladie infectieuse envahit un organisme encore épargné le plus souvent par les tares du foie, du rein, du cœur, qui compliquent si souvent la maladie de l'adulte et expliquent sans doute la différence du taux obituaire, qui est de 20 p. 100 chez l'adulte, au lieu de 15 p. 100 chez l'enfant.

Voici les statistiques des auteurs qui se sont conformés aux préceptes du traitement méthodique. Il est de toute évidence que pour juger une méthode, bonne ou mauvaise, mais que ses protagonistes déclarent la seule efficace, il faut l'étudier dans les cas où elle a été appliquée suivant les conditions prescrites :

C'est d'abord la statistique de Brand ; à ce propos, et pour montrer que, si Brand a créé une méthode systématique, il ne l'a pas fait par esprit de système préconçu, qu'il ne soit permis de citer ce passage de la 2e édition de son livre : « Jusqu'à ces derniers temps, j'avais pensé que, chez les enfants, la fièvre typhoïde était, en général, peu dangereuse, bien que les symptômes en fussent souvent développés à un degré menaçant. La rapide guérison, dans tous les cas de ma pratique, m'avait conduit à cette opinion. Mais le remarquable travail de M. Cayla et les observations relevées par Hagenbach, à l'hôpital d'enfants de Bâle, m'ont démontré que je me trouvais dans l'erreur.

« Cayla, continue Brand, mentionne que, à l'hôpital de la Charité de Lyon, sur 9 enfants traités de la fièvre typhoïde par les médicaments, il en est mort 5, et lui-même — ce que je n'aurais pas cru possible — il en avait perdu 4 sur 63 traités par l'eau froide. Et Hagenbach, qui a eu une mort sur 28 enfants atteints de fièvre typhoïde, énumère une série de complications, dont chacune par elle-même était bien de nature à causer la mort.

« En présence de tels faits, se dissipe mon impression première, et je retire mon assertion que la fièvre typhoïde des enfants autorise une atténuation du traitement par l'eau froide, et je me range à l'opinion de Cayla, d'après lequel la fièvre typhoïde des enfants doit être combattue aussi activement que celle de l'adulte.

Brand (1) sur 106 enfants de sa pratique privée, traités par les bains froids, n'a pas eu une mort.

Hagenbach (2) en a eu une sur 28 cas.

Cayla (3) traita 63 cas, avec les bains froids de 20 à 22° et dix minutes toutes les trois heures, à l'hôpital de la Charité et eut 4 morts.

Tripier et Bouveret (4) ont traité 10 enfants de la même façon : aucun n'est mort. Le plus âgé avait 13 ans. Le plus jeune, 19 mois.

(1) Brand. *Die wasserbehandlung der typhoesen Fieber*. 2e éd., Tubingen, 1877, p. 144.
(2) Hagenbach. *Eilfter jahresbericht. Basel*, 1874. Riehm.
(3) Cayla. *Loc. cit.*
(4) Tripier et Bouveret. *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*. Paris, Baillière, 1886.

Perret et Devic (1) ont traité, en 1888 et en 1889, à l'hôpital de la Charité à Lyon 81 cas, ils ont eu 3 décès. Ils donnaient les bains de 25° et dix minutes.

Moussous (2), n'a eu qu'une mort sur 60 malades.

Weill (3), sur 196 cas, a eu 7 morts; il donne des bains de 25°, dix minutes toutes les trois heures, tant que la T. R. dépasse 39°.

A ces chiffres, je dois ajouter ceux de M. Marfan (4) dont le traitement, tel qu'il l'a décrit dans son chapitre sur la fièvre typhoïde du *Traité des Maladies de l'Enfance*, est strictement institué dans l'esprit de la méthode Brand; M. Marfand a soigné par les bains de 25° et dix minutes, jour et nuit, toutes les trois heures, 40 enfants et n'a eu qu'une mort.

A l'actif de la méthode Brand appartiennent également les malades de M. Méry (5), qui a perdu un enfant sur 35 malades.

Enfin, je me fais un devoir, bien que les malades appartiennent à la pratique privée, ne citer la petite statistique de MM. Rondet et Grabinski qui, en 1873, dans un petit village des environs de Lyon, ont soigné, par la méthode des bains froids, que je venais de leur faire connaître, 7 enfants et ont obtenu 7 guérisons. C'est avec un sentiment de véritable admiration pour la méthode, qu'ils m'ont donné leurs observations à publier; je les ai insérées dans mon premier travail sur les bains froids (6).

Si nous récapitulons ces divers chiffres (sauf ceux de Brand, de Tripier et de Bouveret, et ceux de Rondet et Grabinski, qui sont tirés de la pratique privée, dont la mortalité est considérée comme inférieure à celle de l'hôpital, nous arrivons, pour la méthode stricte de traitement par les bains froids chez les enfants, à un total de 503 malade avec 18 morts, soit 3,5 p. 100.

C'est un écart de près de 12 p. 100 en faveur de la méthode systématique des bains froids chez les enfants, relativement à la thérapeutique médicamenteuse pure.

Je rappelle ici que Brand (7), récapitulant en 1887 toutes les statistiques publiées sur les résultats du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids trouva de 1861 à 1877 un total de 8,141 cas avec 600 morts et pour les cas traités de 1877 à 1887 un total de 10,876 cas avec 889 morts, soit en tout 19,017 cas et 1,489 morts, c'est-à-dire un taux de mortalité de 7,8 p. 100.

L'analyse approfondie des éléments dont se compose cette énorme statistique, que j'ai fait connaître en France (8), permit à Brand et à chacun de ceux qui, comme lui, ont à leur tour analysé ces éléments, d'établir que le taux de mortalité de la fièvre typhoïde peut et doit être réduit par le traitement des bains froids à la proportion suivante :

(1) Perret et Devic. Etude sur la fièvre typhoïde infantile traitée par les bains froids. *Prov. méd.*, 1890, nos 27 et 28.

(2) Moussous. Pronostic de la fièvre typhoïde chez les enfants. *Congrès méd. de Lyon*, 1894, p. 370. — M. Moussous se déclare partisan du traitement systématique et donne des bains de 26° de 8 à 10 minutes, renouvelés 4 à 5 fois dans les 24 heures et plus souvent si c'est nécessaire.

(3) Weil. *Précis de médecine infantile*. Paris, Doin, 1900, p. 132.

(4) Marfan. De la fièvre typhoïde. *Traité des maladies de l'enfance*, 1896.

(5) Méry. Discussion. *Bull. Soc. Pédiatrie*, novembre 1899.

(6) Rondet et Grabinski, *in* Glénard : traitement de la fièvre typhoïde à Lyon, 1874. *Lyon médical*.

(7) Brand. *Ueber den heutigenstand der Wasserbehanlung des Typhus*, Berlin, Thieme, 1887.

(8) Glénard. Antipyrine ou bains froids, communic. à la Soc. de méd, de Lyon. *Lyon médical*, 1888, et Paris, Masson, 30 p.

Clientèle de famille.....	0 à 1 p. 100
Pratique privée.....	3 à 4 p. 100
Hôpitaux militaires.....	3 à 4 p. 100
Hôpitaux civils (adultes).....	3 à 4 p. 100
— (enfants).....	2,5 p. 100

Ces proportions invraisemblables sont l'expression même des faits observés. La statistique personnelle de Brand n'entre dans ce total que pour le chiffre de 479 cas avec 17 morts, la mienne avec 56 cas et 1 mort. Il n'est aucun médecin, ayant l'expérience du traitement systématique par l'eau froide, qui n'ait vu se réaliser ou ne croie réalisables, dans tous les cas, de tels résultats de ce traitement.

Eût-on jamais cru possible, avant de connaître les méthodes actuelles de pansement, le taux obtenu aujourd'hui dans les salles de chirurgie ou les maternités ?

Malheureusement, en ce qui concerne le taux général de mortalité de la fièvre typhoïde, nous sommes encore bien loin, non seulement de celui de 3,5 p. 100 de la méthode systématique, mais même de celui de 7,8 p. 100, de l'ensemble des méthodes dans lesquelles intervient, à un titre quelconque, le bain froid. La mortalité actuelle de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris est de 17 p. 100, celle des hôpitaux militaires en France est de 16,5 p. 100, celle des hôpitaux d'enfants de 11 p. 100, ainsi que nous allons le voir et pas un des auteurs, qui serrent de près la question des rapports entre les taux de mortalité et les méthodes de traitement, ne met en doute que l'élévation de ce taux ne soit dû à une connaissance insuffisante ou une application irrégulière de la méthode des bains froids.

III

Pour dresser la statistique actuelle de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'enfants au point de vue de son taux obituaire et dans ses relations avec la thérapeutique employée, j'ai réuni les chiffres donnés par les auteurs, appliquant au traitement de la fièvre typhoïde les bains froids, ou de température tiède inférieure à celle du malade, mais non d'une façon systématique, et seulement quand l'exige, à leurs yeux, la gravité des symptômes.

C'est d'abord la statistique de Cadet de Gassicourt (1) qui, sur 276 malades traités par lui à l'hôpital Sainte-Eugénie, a eu 22 morts, soit 8 p. 100.

Goltdammer (2) et Gesenius (3) trouvent à l'hôpital Béthanien, à Berlin, une mortalité de 13,7 p. 100 de 1874 à 1876, et de 14,7 p. 100 de 1877 à 1881.

Baginsky (4) déclare qu'il a obtenu un taux de 6 à 8 p. 100; mettons 7 p. 100.

Henoch (5) a eu 13.8 p. 100 avec 21 morts sur 152 cas à l'hôpital de Berlin.

Ollivier (6) a relevé sur les registres de l'hôpital des Enfants-Malades, pour les années 1884 à 1887 inclus, 611 cas et 92 décès, soit 15 p. 100. Il n'est pas dit quel traitement a

(1) Cadet de Gassicourt. *Traité des maladies de l'enfance*. Paris, Doin, 1882.
(2) Goltdammer. *Deustch. Arch. f. klin. med.*, 1883.
(3) Gesenius. *Deusch. med. Woch.*, IX, 6, 1883.
(4) Baginsky. *Traité des maladies des enfants*. Trad. Guinon et Romme, Paris, Steinheil, 1892, p. 179.
(5) Henoch. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. Trad. Hendrix. Paris, Lamy, 1895, p. 595.
(6). Ollivier. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. Paris, Delahaye 1887.

été appliqué, mais il est de toute évidence que pas un médecin depuis 1884 ne prive ses malades de la ressource de quelque eau froide.

Wilson (1) dit que la mortalité n'excède probablement (!) pas 1 p. 100.

Lovette Morse (2) donne la proportion de 6 p. 100 au-dessous de 15 ans.

M. Guinon (3) eut, en 1897 et 1898, 4 décès sur 23 cas, 17 p. 100.

Mme Dr Rivoire (4), au service de clinique infantile de Marseille, en 1897, a observé 21 morts sur 105 enfants atteints de fièvre typhoïde. L'année précédente, la mortalité avait été de 15 décès sur 43 petits malades de moins de quinze ans.

MM. Variot et Dévé (5), dans le cours de l'année 1899, ont soigné 115 malades et ont eu 10 morts.

M. Barbier (6) n'a eu que 2 morts sur 47 enfants.

Avec ces diverses publications nous arrivons, pour la mortalité de la fièvre typhoïde chez les enfants, à un taux moyen de mortalité de 13,5 p. 100 parmi les auteurs qui ont donné le chiffre des malades, 1.372 cas et 187 morts, et de 8,5 p. 100 parmi ceux qui se contentent de livrer le taux de la mortalité qu'ils ont constatée. Je crois cette distinction utile. Néanmoins acceptons le taux moyen fourni par ces deux catégories et nous avons celui de 11 p. 100. C'est le taux qui me paraît devoir être accepté partout aujourd'hui comme exprimant la mortalité de la fièvre typhoïde chez les enfants avec la méthode mixte du traitement.

C'est le taux de la méthode mixte de traitement : n'est-il pas une fois de plus très remarquable que, partout où l'on a pu établir avec toutes les garanties scientifiques l'écart entre la méthode médicamenteuse, la méthode mixte de médicaments et bains, et la méthode systématique des bains froids, on trouve un écart analogue entre les taux de mortalité afférents à chacune (1).

Voici un petit tableau très suggestif :

	TAUX DE MORTALITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOIDE SUIVANT LE MODE DE TRAITEMENT		
	méth. médicam.	méth. mixte	méth. bains froids
Hôpitaux civils de Lyon.....	26.2 p. 100	16.9 p. 100	7.3 p. 100
Hôpitaux civils de Bâle.....	27 —	16,2 —	8.8 —
Hôpitaux militaires allemands....	25.8 —	15 —	0.9 —
Hôpitaux d'enfants.....	15 —	11 —	3.5 —

Il me semble qu'il faudrait être bien prévenu pour ne pas trouver cette comparaison de chiffres fort instructive.

IV

Je n'ai pas encore fini avec les chiffres.

Nous avons vu que la fièvre typhoïde des enfants est en somme une maladie assez grave, puisqu'elle tue en moyenne 1 enfant sur 7. Mais le caractère de gravité d'une

(1) Wilson. *Encyclopédie de Keating. Diseases of children*, 1889.

(2) Lovette Morse. *Typhoid Fever inechildhood*, p. 211. *Boston med. journ.*, 1896.

(3) Guinon. Quelques complications de la fièvre typhoïde. *Rev. méd. des maladies de l'enfance*, juillet 1899.

(4) Mme Rivoire. *La fièvre typhoïde chez les enfants (épidémie de Marseille, 1897)*. Thèse Montpellier, 1898.

(5) Variot et Dévé. *Loc. cit.*

(6) Barbier. *Loc. cit.*

maladie n'est pas exprimé seulement par le coefficient de mortalité des malades, pris en bloc, qui en sont atteints. Il repose également sur les variations de ce coefficient suivant le génie épidémique, l'âge, l'aptitude aux complications, et ce que j'appellerai le «degré de perfidie» de la maladie. Même lorsqu'elle guérit, une maladie est encore grave si elle est de très longue durée, si la convalescence en est traînante, si elle peut laisser des stigmates indélébiles. On ne peut se dire en possession d'un traitement réel d'une maladie que si ce traitement a, dans tous les conditions d'aggravation, la même efficacité.

Or, suivant le génie épidémique, la mortalité de la fièvre typhoïde des enfants est très variable, aussi bien avec le traitement mixte de nos jours qu'avec le traitement ancien. De même qu'en 1864, pour ne citer que quelques exemples, Barthez (1) constate à l'hôpital Ste-Eugénie pour 1863 un chiffre de 11 décès sur 104 cas, soit 9.5 p. 100, et, pour 1864, dans le même hôpipal, 5 morts sur 22 malades ou 20 p. 100; de même que Cadet de Gassicourt (2), signale, toujours dans le même hôpital, mais en 1876, année où éclate une épidémie en juillet, 3 morts sur 9 malades dans le premier semestre et 4 morts seulement sur 81 cas dans le second semestre, celui de l'épidémie: de même nous voyons aujourd'hui MM. Hutinel et Martin de Gimard (3) rapporter «une série hospitalière où l'apparition d'érythème infectieux fut le signe d'infections des plus graves et d'une mortalité extraordinaire», M. Guinon (4) nous donne sa statistique pour 1897 et 1898, de 4 décès sur 24 cas, soit 17,3 p. 100, MM. Variot et Dévé nous disent que, dans le premier semestre 1899, ils ont eu 5 morts sur 33 malades et dans le second le chiffre de 5 morts également, mais sur 82 malades (5).

Suivant l'âge des enfants, il en est de même. Griesinger (6), nous l'avons vu, trouva une mortalité de 23,5 p. 100 sur 17 enfants d'un à neuf ans et de 13,6 p. 100 sur 106 malades de 10 à 19 ans. Murchison trouva une mortalité sensiblement égale dans chaque période d'âges de l'enfance. Ollivier (7) a dressé le tableau suivant des 611 cas qu'il a relevés dans les registres de l'Hôpital des Enfants-Malades :

	ENTRÉES	DÉCÈS
De 0 à 2 ans.....	3	2
— 2 à 3 —.....	7	6
— 3 à 5 —.....	35	12
— 5 à 10 —.....	217	25
— 10 à 15 —.....	349	47

De son côté, Mme Dr Rivoire (8) a trouvé, en compulsant les registres de 1896 et de 1897 des hôpitaux de Marseille, le rapport suivant de mortalité sur 1,270 cas de fièvre typhoïde :

Voir aussi : Tripier et Bouveret. *Loc. cit.*, p. 453.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) Hutinel et Martin de Gimard. Sur une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde. *Méd. méd.*, 1890, p. 88, 101, 123.

(4) *Loc. cit.*

(5) *Loc. cit.*

(6) *Loc. cit.*

(7) *Loc. cit.*

(8) Mme Rivoire, *Loc. cit.*

Au-dessous de 5 ans.....	26 cas,	6 décès,	soit	23	0/0
De 5 à 10 ans.....	59 »	13 »	»	22	»
De 10 à 15 »	102 »	24 »	»	23,5	»
De 15 à 20 »	289 »	42 »	»	14,5	»

etc.; elle en conclut : « Ce serait chez l'enfant que le pronostic de la fièvre typhoïde serait le plus réservé. »

C'est donc avec raison qu'on doit affirmer la gravité plus grande de la fièvre typhoïde au-dessous de 5 ans, qu'au-dessus de cet âge. Jules Simon (1) écrit : « Les enfants au-dessous de 5 ans sont plus sujets aux complications et le pronostic est moins favorable qu'au-dessus de cet âge. » Marfan dit également que la mortalité au-dessous de cet âge est beaucoup plus forte que dans la seconde enfance.

La fièvre typhoïde des enfants est encore grave parce qu'elle se présente avec la même aptitude aux complications graves que la fièvre des adultes. Pour ne rappeler, après tant d'autres, que les exemples récemment cité, sur 23 cas, M. Guinon a observé deux fois la perforation intestinale chez des enfants de 9 et 10 ans, deux fois la pneumonie, cinq fois des hémorragies intestinales, une fois une escharre fessière. Sur leurs 115 enfants, MM. Variot et Dévé ont eu neuf fois des hémorragies intestinales, une fois la perforation. Enfin, la proportion des formes graves aux formes bénignes de la maladie, c'est-à-dire la proportion des cas dans lesquels le pronostic est douteux, jusqu'à l'issue de la maladie, peut être fixée, chez les enfants, au chiffre de 40 0/0.

Si encore la forme bénigne de la maladie impliquait à coup sûr la guérison! mais il n'en est pas ainsi, et la fièvre typhoïde de l'enfant est parfois aussi « perfide » que peut l'être celle de l'adulte. Qui ne le sait? « J'ai vu des enfants, dit Jules Simon (2), présenter pendant quatre à six jours des symptômes prodromiques peu accusés; rien ne paraissait inquiétant; à peine était-on en droit de supposer une fièvre typhoïde, quand tout d'un coup, éclatait l'appareil symptomatique le plus effrayant : cris, délire, hallucinations, mouvements désordonnés, fièvre horrible, le tout pendant parfois vingt-quatre heures, et l'enfant succombait dans la somnolence, l'épuisement et le coma, et l'autopsie révélait bien les lésions ébauchées de la fièvre typhoïde et non celles de la méningite. »

Et la longue durée de la maladie, et la longueur plus grande encore de la convalescence, et les reliquats, les tares qu'elle laisse après elle, qui ne les connaît aussi bien chez les enfants que chez les adultes?

Le tableau des signes qui font le caractère de gravité de la fièvre typhoïde en général chez les enfants est le même avec la méthode mixte de traitement, celle qui recourt aux médicaments et, éventuellement, en présence de symptômes graves, aux applications externes variées de l'eau; ce tableau est le même qu'avec le traitement médicamenteux exclusif.

Tandis qu'une expérimentation, mille fois répétée dans tous les pays, toutes les races, dans les épidémies les plus variées, à tous les âges, dans toutes les conditions sociales, prouve que la méthode systématique des bains froids force toutes les fièvres typhoïdes à se courber dans le même moule symptomatique et triomphe le plus souvent des circonstances manifestement aggravantes. Avec cette méthode, les complications sont rares, le taux de la mortalité ne dépasse jamais un maximum donné, et la convalescence ne dure pas plus d'une à deux semaines. Aussi je l'ai écrit ailleurs : « avec les

(1) Jules Simon. *Conférences sur les maladies des enfants.* Paris, Delahaye, 1884.
(2) *Loc. cit.*

médicaments, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dépend surtout de la maladie; avec les bains froids, il dépend surtout du médecin » (1).

Voilà ce que donne la méthode systématique des bains froids appliquée au traitement de la fièvre typhoïde dans les mains de tous ceux qui l'ont expérimentée. Ce n'est pas la réduction de la mortalité qui a fait les convictions; c'est la remarquable adaptation du bain froid à tous les éléments du processus morbide pendant le traitement; c'est la sécurité du pronostic dès les premiers jours; c'est cette flexibilité de la médication qui la rend applicable à toutes les formes et dans toutes les conditions de la maladie, et en particulier chez les enfants. Le tableau de la fièvre typhoïde traitée systématiquement par l'eau froide a été tracé cent fois, il n'y a qu'à regarder.

(*A suivre*)

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(*Séance du 10 janvier 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. Maurice de Fleury donne lecture d'un travail intitulé : *L'Épilepsie toxi-alimentaire.*

En faisant l'histoire des épileptiques qu'il a suivis, l'auteur a été frappé par certaines constatations qui reviennent avec une singulière monotonie. Dans presque toutes les observations on remarque : « Langue suburrale, estomac dilaté, fermentations anormales, selles fétides, indican dans l'urine, foie sensiblement hypertrophié par sa lutte contre les toxines de provenance intestinale » ou bien encore, : « chez ce malade on peut prévoir, quelques jours à l'avance, la venue de l'attaque, la tension artérielle s'abaisse, l'estomac gargouille à la percussion, l'haleine devient forte du double fait de l'embarras gastrique et de la saturation bromique, après quoi, la tension artérielle se rélève rapidement et la crise éclate. »

C'est que, en effet, il y a d'étroites, d'habituelles relations entre l'état de l'appareil gastro-intestinal et le retour des paroxysmes. Fréquemment, l'attaque s'accompagne de vomissements alimentaires. Tous les médecins d'hospices ou d'asiles s'accordent à dire que les lendemains de jours de sortie, leurs malades ne manquent point d'avoir des crises vraisemblablement dues à l'abus de l'alcool, des sucreries, ou simplement à la surabondance des aliments ingérés.

Les recherches personnelles de l'auteur l'ont conduit, presque malgré lui, à penser que dans un très grand nombre de cas les plus bénins, il y a relation de cause à effet entre l'indigestion et l'attaque chez un sujet prédisposé.

Les observations peuvent se répartir sous quatre chefs :

1° Effets de la suppression de l'alcool,

2° Effets d'un régime alimentaire de moyenne vigueur,

3° Effets des lavages de l'estomac,

4° Effets du régime lacté et lacto-végétarien.

(1) F. Glénard. Le traitement de la fièvre typhoïde en 1883. *Communic. à l'Acad. méd.* et *Gaz. hebd.*, 1883.

Effets de la suppression de l'alcool.

1re Observation. — Edmond K., 26 ans. Né d'une mère hystérique et d'un père syphilitique, est venu au monde à moitié asphyxié par le cordon ombilical. Convulsion au moment de la dentition. De 11 à 12 ans, colères violentes.

Vers 18 ans, devient plus nerveux. A Bonn où il était allé apprendre l'allemand, il se gorge de charcuterie, de choux fermentés, de bière. En juillet, il est pris d'une attaque de nerfs à laquelle ne manque aucun des caractères du haut mal. A dater de ce jour, deux attaques par mois en moyenne, puis bientôt une attaque tous les huit ou dix jours. Aucun traitement ne donne d'amélioration durable.

Le mal empire encore, il a une attaque tous les deux ou trois jours, bientôt il a jusqu'à quatre attaques dans la même journée. On l'isole à la campagne et son état s'améliore un peu.

A l'époque où l'auteur vit le malade il avait en moyenne 12 attaques par mois.

Edm. K. buvait par jour environ un 1/2 litre de vin à chaque repas, deux apéritifs (rarement de l'absinthe), deux verres de cognac.

Sur les conseils de l'auteur le malade se résigne à ne boire que de l'eau et à éviter tous les aliments de digestion malaisée. Pendant les 4 mois où le malade suivit ce régime, les crises tombèrent à 4 pour le premier mois, à 8 pour le second, à 5 pour le troisième et à 4 pour le 4e mois. Puis le mal reprend toute sa gravité; le malade, à la suite d'une violente émotion, s'étant rémis à boire des apéritifs et des liqueurs.

Il ressort de cette observation que, par le seul fait de la mise à l'eau, ce malade atteint d'épilepsie grave et rebelle, a vu diminuer ces crises dans la proportion de 52 à 21.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, fils d'alcoolique qui, ayant contracté la mauvaise habitude de consommer force apéritifs et de passer de longues heures au café, fut pris à la suite de cela d'une première attaque de haut mal très violente, à laquelle en succédèrent bientôt d'autres. Un peu amélioré d'abord, par un traitement de bromure et de douches, son état s'aggrava bientôt et les crises se renouvelèrent bientôt tous les huit jours.

L'auteur lui indique un traitement consistant, pour ainsi dire, uniquement dans la suppression de l'alcool et dans une alimentation très légère. Pour aider le malade à supporter ce régime, il lui donne tous les matins 10 centigrammes de valérianate de caféine et tous les deux jours une injection de 5 à 10 centigrammes de sérum artificiel. Pas de bromure.

Par ce traitement les crises devinrent de plus en plus rares et le malade observant depuis strictement la suppression des alcools n'a plus actuellement qu'une ou deux crises par an.

Effets d'un régime alimentaire de moyenne rigueur.

Aliments interdits. — Mie de pain et potages à la mie de pain, sauces, conserves alimentairess viandes noires; mets épicés, gibiers, poissons lourds, crustacés (huîtres, coquillages, crudité (radis, salades, melons); aliments acides (vinaigre, oseille, tomate); aliments gras (foie gras, friture, pommes de terre frites, charcuterie): asperges, choux, choux fleurs, choux de Bruxelles, oignons, navets, raves, haricots secs, sucreries, pâtisseries, crèmes crues, fruits crus, fromages.

L'auteur présente une observation prise sur une femme qui fut atteinte de sa première attaque trois mois après ses couches et dont les crises s'étaient multipliées depuis. Les accidents paraissaient être provoqués par l'excessive bonne chère, car ils se manifestaient surtout à la fin des repas.

Mise au régime alimentaire, son état s'améliora sensiblement et, en dernier lieu, il fut constaté qu'en l'espace de trois ans, elle n'a éprouvé qu'une crise très légère.

Plusieurs autres cas traités par le régime alimentaire, accompagné de massages de l'estomac, de lavages de l'intestin et d'injections de sérum, ont été sensiblement améliorés.

Effets du régime lacté et lacto-végétarien.

Dans un premier cas, l'auteur ayant traité son malade au régime lacté exclusif, les attaques tombèrent en six semaines de 20 à 1. Ce malade lui avait été amené pour des attaques fréquemment répétées de petit mal épileptique.

Effets complémentaires des lavages de l'estomac.

Dans certains cas où il semble pourtant que le mal soit bien sous la dépendance d'un mauvais fonctionnement du tube digestif, il arrive pourtant que la suppression de l'alcool, le régime des viandes grillées et des légumes en purée ou même le régime lacté ne suffisent pas à déblayer complètement l'organisme des matériaux nuisibles élaborés par l'estomac et l'intestin.

Les lavages de l'estomac sont alors indiqués; ils ont le double avantage d'atténuer l'odeur bromurée de l'haleine et d'empêcher la stagnation des ingesta. Ces lavages sont faits avec une décoction chaude de maté; trois fois par semaine d'abord, puis tous les jours. Deux observations confirment en tous points les conclusions de l'auteur.

Par quels mécanismes agissent, pour atténuer et pour raréfier les paroxymes du mal sacré, les différents moyens hygiéniques dont l'auteur a fait usage?

On peut admettre qu'il s'agit d'une excitation réflexe de l'écorce par irritation mécanique des parois du tube digestif, sous l'influence des fermentations anormales. On sait que, à l'heure actuelle, l'écorce cérébrale est considérée par la plupart des physiologistes, comme une surface sensitive ou plutôt comme la surface sensitive par excellence où aboutiront tous les *stimuli* externes ou internes pour s'y réfléchir et se murer en mouvement. Dès lors, une irritation, qu'elle agisse directement sur l'écorce grise ou sur une quelconque des périphéries sensitives en relation avec elle, peut suffire à déterminer l'accumulation d'énergie qui se résout en accès convulsifs. C'est par ce procédé tout mécanique qu'agissent vraisemblablement les vers intestinaux, les boissons fortes et les repas trop copieux qui souvent provoquent la crise avant même d'avoir été absorbés, et d'avoir pu agir chimiquement.

On peut admettre encore, qu'un grand nombre d'accidents épileptiques sont sous la dépendance de l'auto-intoxication d'origine alimentaire. Chez tous les malades observés par l'auteur existait de la dilatation d'estomac et de l'atonie intestinale, un foie un peu plus gros, des urines riches en vestiges de putréfaction intestinale (indican), et les résultats vraiment très saisissants obtenus par l'emploi de tout ce qui peut contribuer à la stérilisation de l'appareil gastro-intestinal démontrent cette intoxication.

Erthen et Smith attribuent à ces putréfactions la cause principale des paroxysmes comitiaux. Ferguson incrimine surtout l'acide urique, et il est indiscutable que, dans l'immense majorité des analyses d'urines pratiquées chez nos comitiaux, on trouve l'excès d'acide urique par rapport à l'urée. Hugtslings Jackson penchait à croire que l'alimentation carnée est particulièrement nuisible parce qu'elle augmente l'excitation de l'urée que l'illustre nurologiste considérait comme un agent épileptogène au premier chef. On sait que MM. Lépine et Pommey ont décrit le mal sacré des gros mangeurs, que Griffiths avait extrait de l'urine des épileptiques des poisons convulsivants et que MM. Blocq et Marinesco et plus récemment MM. Marinesco et Sérieux avaient émis l'hypothèse de la nature toxique d'un grand nombre de cas de mal comitial.

Aucune de ces théories ne semble devoir être rejetée entièrement; chacune doit avoir sa part de vérité. L'importance est de soumettre ces malades à une hygiène telle que l'irritation mécanique du tube digestif, les fermentations anormales et les poisons qui en résultent, que l'indican, que l'excès d'acide urique, soient réduits au minimum.

M. Albert Robin a eu l'occasion de confirmer les observations de M. de Fleury : le régime institué peut diminuer, dans certains cas dans des proportions énormes, le nombre des crises, L'orateur a fait pratiquer l'examen du chimisme stomacal chez 4 épileptiques qui ont donné de forts intéressants résultats. Il ne retiendra que l'observation d'un seul de ses malades, épileptique depuis 14 ans, souffrant, depuis un an, de temps en temps de l'estomac ; 2 à 3 heures après le repas du midi, il ressent parfois des crampes et du pyrosis. Les symptômes sont donc fort peu accusés, et l'état général est resté excellent. L'examen du chimisme stomacal donna contre toute attente de surprenants résultats : l'acidité totale se montait à 3,9 00 00 l'HCl libre à 2,14 et l'HCl exprimant les acides de la fermentation à 0,55. Il s'agissait donc d'une hyperchlorhydrique avec en plus une forte hyperacidite de fermentation. Entré le 15 décembre 1899, il fut traité par le régime lacté, et l'atropine à la dose de 3 mgr. par jour. L'hyperchlorhydrie reste stationnaire, HCl libre augmente même quelque peu, mais l'acidité de fermentation descend de 0,55 à 0,20 (exprimé en HCl). En outre, les crises s'améliorèrent, devinrent moins régulières, moins intenses et moins fréquentes.

L'orateur, pour étudier l'action immédiate de l'atropine, donna celle-ci à la dose d'un mgr au moment d'un repas d'épreuve. HCl libre passa alors de 2,14 à 1,25. Les faits corroborent donc les observations de M. de Fleury, mais leur interprétation reste obscure. Peut-on parler d'auto-intoxication? Ce terme n'est pas très précis, car le contenu gastrique ne renferme pas de poisons. Bouveret et Devic ont cru en avoir découvert un dans le contenu d'un estomac hyperchlorydrique mais il est aujourd'hui admis que ce poison n'est que le résultat d'un accident de laboratoire et qu'il a été engendré par les réactifs employés. M. A. Robin, pour vérifier la présence de poisons dans le liquide provenant d'un estomac dilaté, avec trouble de fermentation par stase alimentaire, a injecté ce liquide à des animaux qui n'en furent pas intoxiqués. Il faut réserver l'interprétation des faits quant à présent.

M. Bovet fait remarquer que si l'on associe le bromure aux nucléines, on arrive à faire supporter ce médicament à des malades auparavant atteints très facilement de bromisme.

M. de Fleury rappelle que dans ces derniers temps M. Toulouze a appliqué la méthode appelée par lui *métatrophique* : il supprime autant que possible le chlorure de sodium dans l'alimentation pour rendre les cellules avides de sodium : ceci fait, il donne du bromure de sodium et constate que les doses de bromure peuvent alors être beaucoup plus faibles que précédemment, sans que l'efficacité du traitement en soit diminué. Mais, en même temps, il donne un litre de lait, es viandes rôties, des légumes en purée, tout le régime recommandé par M. de Fleury : ce dernier augmente au contraire la quantité de sel dans l'alimentation ; c'est donc plutôt le régime alimentaire que la suppression du sel qui a produit l'atténuation des crises.

M. le Pr Pouchet rappelle que depuis longtemps Féré, en administrant des désinfectants du tube digestif, modifiait les sécrétions intestinales et provoquait une amélioration des crises.

M. Huchard observa, il y a quelques années, un malade atteint d'épilepsie nocturne, rebelle à la médication bromurée : même en donnant, au moment de se coucher, 7 grammes en une seule dose, le nombre des attaques diminua, mais elles ne cédèrent pas entièrement. Le malade dînait souvent en ville, et chaque dîner était suivi d'accidents nocturnes. La suppression des dîners en ville, l'administration d'un régime végétarien et lacté amenèrent une guérison complète. Les auto-intoxications telles que l'asthme, la goutte, sont de même nocturnes et un régime sévère pour le repas du soir amène des modifications de ce genre.

Le régime alimentaire défectueux peut à lui seul déterminer les crises d'épilepsie, les modifications du chimisme gastrique ne provoquent jamais que des accidents convulsifs, tels que des contractures dans les extrémités. Les toxines alimentaires sont vaso-constrictives, les malades présentent un aspect pâle et blafard qui entraîne le médecin traitant à recommander les viandes saignantes, les toniques ; la médication ne fait alors qu'aggraver les accidents.

M. Mathieu présentera à la prochaine séance l'observation d'une hémiplégique chez laquelle on fit disparaître les crises de tétanie en la soumettant au régime lacté.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

La médication arsenico-ferrugineuse dans les chloro-anémies et la tuberculose, par MARTINET (*Presse Médicale*, n° 2 p. 13, 1900). — Après avoir rappelé les opinions contradictoires qui ont été émises sur les avantages et inconvénients respectifs de l'emploi du fer et de l'arsenic dans les anémies, l'auteur vante les bons effets que l'on obtient de l'alternance ou de l'association de ces deux médicaments.

Il dit s'être bien trouvé de l'emploi alternatif, vingt jours par mois, d'une préparation arsenicale (eau de Bourboule) et d'une préparation ferrugineuse (Protoxalate de fer).

On peut associer fort heureusement les deux médicaments en administrant le mélange de teinture de Mars et de liqueur de Fowler; on donne progressivement de 4 à 20 gouttes fractionnées en deux fois, au repas du matin et à celui de midi, au milieu de ces repas et diluées dans un verre de liquide. La teinture de Mars n'étant pas toujours exactement dosée, on peut remplacer le mélange sus-indiqué par le mélange suivant :

Tartrate de fer et de potasse en paillettes.....	àà 10 grammes
Liqueur de Fowler..	

Dissolvez, filtrez et conservez en flacons bouchés à l'émeri.

L'auteur a encore utilisé une solution contenant 1 milligr. 2 d'arséniate de fer soluble par cent. cube, soit 6 milligrammes par cuiller à café, ce qui représentait environ 3 milligrammes d'acide arsénieux et 2 milligrammes de protoxyde de fer. Il prescrivait une cuiller à café les 10 premiers jours, 2 les 10 jours suivants (matin et midi), 3 les dix derniers jours suivants (matin, midi et soir) dans une grande tasse de lait ou dans un verre de bière au commencement du repas.

G. LYON,

Traitement de l'alcolisme par la suggestion. (*Medicinskæ Obozrenie* n° 10, 1899).—SINANI a soumis au traitement par la suggestion 62 alcooliques, mais sans endormir complètement les malades.

L'auteur suggérait dès la première séance non seulement l'abstinence complète, mais encore la suppression de tout penchant et même la répulsion contre toutes les boissons alcooliques.

Il a fait en outre des suggestions pour prévenir les fâcheuses conséquences possibles résultant de la privation des boissons alcooliques et pour supprimer les phénomènes pathologiques existants.

Au début, pendant deux ou trois jours, les séances ont été quotidiennes, on les a faites au bout de ce laps de temps plus rarement. Si les malades manifestent un besoin impérieux d'alcool, si les symptômes de ce besoin apparaissent (ennui, angoisse, etc.), il faut multiplier les séances.

Chez les alcooliques, buvant par accès, il faut également multiplier les séances pendant ces accès.

L'auteur dit qu'il n'a eu que rarement l'occasion de soumettre les malades à un traitement systématique et malgré cela il a pu arriver à obtenir la guérison complète dans 16 cas. Les malades ont cessé quelquefois de boire dès après la première séance et se sont abstenus de boire pendant un laps de temps, qui a varié de 6 mois à 10 ans.

Le nombre des séances chez les 16 malades chez lesquels on a obtenu la guérison complète a varié de 1 à 20 et la durée du traitement de 12 jours à 10 mois.

Chez 8 malades Sinani n'a pas pu suivre l'évolution de la maladie, mais tous les huit ont cessé de boire dès après la première séance. La durée du traitement a été chez eux de deux semaines à 4 mois et le nombre des séances de 4 à 10.

Trois malades après un traitement peu prolongé sont restés sobres pendant longtemps puis ils se sont remis à boire et ont été de nouveau guéris après une nouvelle série de séances de suggestion. Même résultat pour 11 autres malades avec cette différence toutefois qu'ils n'ont pas été soumis une seconde fois au traitement hypnotique. Six malades sont encore en traitement. Chez les 18 autres le traitement n'a pas donné de résultats durables.

En terminant, l'auteur résume ses observations de la façon suivante :

Chez aucun malade la suggestion d'abstinence complète n'a déterminé de conséquence fâcheuse.

L'état général s'est amélioré rapidement et cela sans qu'on eût eu recours à aucun autre moyen thérapeutique, physique ou pharmaceutique.

Quant aux récidives, elles résultent souvent des influences fâcheuses du milieu ambiant.

Enfin le traitement n'est pas vraiment utile lorsque les malades ne comprennent pas eux-mêmes la nécessité de s'abstenir des boissons alcooliques.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Traitement chirurgical de l'appendicite, par M. Moty (*Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 29 décembre 1899).

Bonne revue générale, dans laquelle sont exprimées des opinions progressistes dans le sens de l'intervention. « Après une première atteinte, dit l'auteur, que faut-il faire? Les récidives ne sont pas fatales, mais elles sont graves et fréquentes ; l'opération n'est pas grave. Opérez donc toujours ; l'opération fera moins de victimes que les récidives. » Cette opinion est défendable, jusqu'au jour où des praticiens de longue expérience viendront produire des appendicites guéries définitivement après une ou deux atteintes, sans opération. Tout sera remis alors en question si... d'ici là, les recherches médicales ne sont pas venues mettre en ligne des moyens de défense plus sérieux. Nous lisons, en effet, dans ce travail les judicieuses réflexions suivantes : « L'opinion radicale de M. Dieulafoy devait naturellement susciter de nombreuses protestations, et, bien que ses partisans deviennent chaque jour plus nombreux, il s'en faut encore que tout ait été dit et que la question soit épuisée. Nous ignorons, en effet, quelle est la nature exacte de l'appendicite dite idiopathique ou folliculite appendiculaire ; nous ignorons, en outre, pourquoi cette forme d'appendicite, de beaucoup la plus fréquente, entraîne une réaction péritonéale si sérieuse pour des lésions matérielles d'apparence si légères, tandis que les ulcères, bien autrement étendus et profonds, de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie ne retentissent sur le péritoine que très exceptionnellement, et seulement en cas de perforation..... C'est pourquoi nous estimons qu'il n'est pas démontré que le traitement médical de l'appendicite soit nécessairement frappé d'impuissance dans le présent et dans l'avenir ».

Quelques détails de manuel opératoire. M. Moty sectionne l'appendice près de sa base saisie avec des pinces, entre deux ligatures au catgut, et avec le *thermo-cautère*. Lorsqu'on opère l'*appendicite aiguë grave*, il donne les deux conseils qui suivent : 1° Commencer immédiatement une injection de sérum dans le flanc gauche avant d'entreprendre l'opération : 2° Ne pas employer le chloroforme pour ne pas aggraver le collapsus et l'état nauséeux, d'autant que l'opération est, ici, rapide.

On fait de préférence la cocaïnisation avec la solution à 1/100e. Faut-il laver le péritoine? L'eau boriquée à + 40° est très recommandable, en large lavage. En tout cas, abstersion du foyer périappendiculaire avec des tampons d'eau très chaude. Pour finir, spica de *l'aine* compressif.

A. Benoit.

Traitement de l'appendicite (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 8 décembre 1899).

Au cours d'une discussion entre MM. Villar et Demons, au sujet de la difficulté plus ou moins grande du diagnostic de l'appendicite, le premier déclare, en concluant, que : 1° le diagnostic *chez l'homme* est facile, sauf de rares exceptions ; 2° que l'intervention hâtive est ce qu'il y a de plus rationnel ; 3° que l'acte opératoire doit être aussi complet que possible. Il rappelle la phrase de Roux : « Le meilleur moyen de guérison absolue, c'est d'avoir son appendice dans sa poche ». Chemin faisant il signale, dans la recherche du point douloureux, l'utilité d'une ligne allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre ; c'est au-dessous d'elle que l'on devrait commencer les recherches. Le point douloureux

différerait donc parfois, comme règle, de celui que lui a assigné Mac Burney.

A. Benoit.

Cure radicale des hernies par glissement du gros intestin, par M. Frelich, de Nancy (*Gazette hebdomad. de méd. et de chir*, 1899, n° 33). — L'A. relate trois observations de la pratique de M. Heydenreich et de la sienne, touchant des hernies dans lesquelles figurent des parties diverses du gros intestin, dont tout ou partie est placé *en dehors du sac*, l'organe ayant glissé dans le tissu cellulaire péri-saccal. On le voit, ce sont des cas nouveaux de ces *hernies extra-péritonéales* décrites dans les classiques et signalées spécialement, à cause des méprises dont elles sont l'objet et des complications qu'elles font naître. Il est clair qu'en face de ces variétés rares, on doit le plus souvent, ainsi que cela eut lieu dans les cas qu'il cite, renoncer à faire la cure radicale. Tout ce qu'on peut essayer, c'est la réduction en masse du sac et du gros intestin. L'intérêt de ces observations se peut résumer en quelques points de pratique. Tout d'abord, peut-on faire le *diagnostic* de ces variétés ? Les signes sont très vagues : l'*irréductibilité* est, il est vrai, ancienne, le plus souvent ; la *consistance* rappelle l'épiplocèle, mais avec plus de noyaux isolés et très mobiles. Les *troubles fonctionnels* sont plus constants que dans les épiplocèles irréductibles. Les *rapports avec la défécation* sont souvent frappants, en ce sens que l'évacuation des matières fait diminuer la tumeur herniaire. *L'injection de liquide gazeux* dans le rectum a pu confirmer un diagnostic soupçonné. Le diagnostic devrait donc être fixé avant d'entreprendre une cure radicale.

Quelle conduite tenir pour les opérer ? Les traités classiques sont pauvres en bons conseils sur ce chapitre. Tout d'abord, l'intestin adhérent étant toujours situé en arrière, n'ouvrir le sac *qu'en avant*. Trois groupes : si le méso de l'intestin est complet, ce méso loge les vaisseaux : on n'a qu'à reséquer le sac entier, refouler l'intestin dans le ventre et fermer l'anneau. En second lieu, l'intestin est partiellement dépourvu d'enveloppe péritonéale et très adhérent au tissu-cellulaire rétro-scrotal (car il s'agit presque toujours de h. inguinale). Il faut tâcher, avec le doigt, de détacher le gros intestin, sans blesser ni sa paroi, ni ses vaisseaux nourriciers logés dans le tissu cellulo-adipeux. D'une main, on soutient l'intestin ; de l'autre, on cherche un plan de clivage et la réduction se fait ainsi de proche en proche jusqu'au pubis. La manœuvre de Barker, faite sur le sac (fixation à la paroi abdominale) empêche la masse entière d'avoir tendance à redescendre. La troisième classe comprend les cas où l'intestin est extra-péritonéal sur la moitié de sa surface. Essayer la manœuvre précédente ; les vaisseaux ne sont plus en paquets, mais en éventail. Si l'on ne peut y parvenir, mieux vaut diminuer la hernie, en réduisant simplement le reste et s'arrêter. Pourtant, il est permis aujourd'hui de réséquer l'anse herniée et de faire l'entérorrhaphie circulaire, ou mieux latérale ; mais cela ne peut se faire que si l'intestin est suffisamment mobile. De toute façon, la cure radicale sera incomplète. Il serait indispensable, *grâce au diagnostic préalable*, de ne pas faire cette résection sans l'assentiment de l'opéré dûment prévenu. Car on ne saurait nier que le pronostic de la cure radicale en soit singulièrement aggravé. Dans le cas d'une réponse négative, le port du bandage à pelote excavée, après l'opération, sera un pis aller dont il faudra se contenter.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par W. Watson Cheyne (*British med. Journal*, 23 décembre 1899). — La laparotomie a donné et donne tous les jours de merveilleux résultats dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Quel est l'agent qui est cause de ces succès ? On les a attribués aux antiseptiques, à l'action de l'air, de la lumière, de l'oxygène, à l'évacuation de toxines, à la destruction des adhérences, etc... le tout sans preuve. L'A. pense, pour sa part, également sans preuve, que l'exsudation du sérum, avec ses propriétés bactéricides, sérum contenant les antitoxines formées dans le sang, pendant la maladie, est l'agent de la guérison. Dans la péritonite sèche, ce sérum diffuse par suite de la destruction des adhérences et de l'incision abdominale. Une conséquence pratique découle de cette hypothèse : si l'on opère trop hativement, dans la péritonite tuberculeuse, le sérum est inefficace, n'ayant pas eu le temps de fabriquer les antitoxines. Il serait donc opportun, pour avoir de bons résultats, de ne pas opérer avant que les lésions soient définitivement établies.

A. Benoit.

Accidents rares au cours des opérations de hernies étranglées, par M. Bauby (*Archives Médicales de Toulouse*, 15 octobre 1899). — Il s'agit de deux cas instructifs de hernies crurales, comme toujours, très serrées. Dans le premier, un étranglement latéral, l'intestin rentra prématurément dans le ventre, laissant entre les doigts de l'opérateur, la plaque sphacélée qu'ils avaient saisie. Laparatomie, lavage

et mort dans la nuit. Dans le deuxième, la première partie du jéjunum s'était engagée dans l'anneau crural, et son méso était tellement tiré qu'il se déchira. Cette déchirure étendue du mésentère obligea le chirurgien à réséquer vingt-cinq centimètres d'intestin. Réunion au bouton de Murphy ; le malade, cette fois, se rétablit.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie (*Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899). — M. Delbet, à propos de quatre observations de guérison dues à M. Jonnesco (de Bucarest), dit que les meilleurs résultats peuvent être attendus du traitement suivant : *suture des kystes hydatiques sans drainage*, pour les kystes de moyen volume, à parois souples. Pour les gros kystes à parois épaisses et rigides, il préfère encore le *capitonnage*. Enfin, les petits kystes peuvent être réduits, sans même suturer la poche et sans drainage, naturellement. M. Tuffier emploie aussi la suture sans drainage pour les kystes hydatiques des autres régions.

A. Benoit.

Traitement de l'incurvation latérale du rachis (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — Vulpius considère que l'obstacle principal à l'obtention de résultats définitifs, en présence d'une scoliose, réside dans l'état de santé général, qui est toujours peu satisfaisant chez les malades de ce genre et rend difficile l'emploi de méthodes violentes telles que le redressement ou les interventions sanglantes.

Restent donc les appareils à extension, autrefois à traction horizontale, et dont l'action s'exerce aujourd'hui de préférence dans le sens vertical (suspension). Cette modification importante dans la thérapeutique est due aux progrès de la gymnastique médicale qui tend à fortifier la musculature et est incompatible avec l'immobilisation. Mais on est allé trop loin dans la voie nouvelle : les derniers appareils proposés tiennent mieux compte des deux systèmes de traction.

L'auteur préconise la méthode mixte suivante : la journée est consacrée au redressement manuel et orthopédique, au massage, à la gymnastique sous toutes ses formes : la nuit, le sujet est placé en extension horizontale dans un appareil plâtré (5 à 10 kilos de traction).

L'enfant ayant terminé son traitement doit-il porter un corset ? L'auteur se prononce pour l'affirmative dans tous les cas graves : le corset rigide en cellulose est indiqué quand il y a torsion marquée, tendance à l'aggravation, qu'il existe une scoliose primaire dorsale, et qu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents. Les attitudes vicieuses, les scolioses mobiles, les variétés lombaires sont justiciables du corset avec monture en acier.

Quel est le pronostic de la scoliose ? Les résultats obtenus sont-ils en rapport avec la peine que l'on se donne et le temps qu'on consacre au traitement ? Les auteurs sont d'accord pour admettre que les progrès sont lents et n'aboutissent guère qu'à rendre stationnaire une scoliose qui présentait de la tendance à s'aggraver. En tous cas, le malade doit passer quelque temps dans un établissement orthopédique, et cela aussitôt que l'existence de la déviation a été reconnue. L'auteur croit du reste que le pronostic de ces affections s'améliorera beaucoup avec le perfectionnement des méthodes actuelles : il est parvenu à des mobilisations du rachis inespérées, à des compensations parfaites de déviations latérales très accusées.

E. Vogt.

Reconstitution de l'astragale et du calcanéum après la tarsectomie postérieure (*Nouveau Montpellier Médical*, n° 17, 1899, par M. Estor). — Nous trouvons sous ce titre une planche radiographique permettant de constater très nettement la reconstitution des os, après les résections sous-périostées, suivant la méthode d'Ollier. M. Estor (de Montpellier) avait dû pratiquer la résection de l'astragale, du calcanéum et de 4 centim. de l'extrémité inférieure du tibia pour lésions de carie tuberculeuse. La forme du pied resta bonne et sa jeune malade, âgée de 11 ans, guérit avec un faible raccourcissement. Anatomiquement, l'épreuve radiographique montre la réparation du tibia, celle du calcanéum, mais l'astragale ne s'est pas reformé ; la raison en est dans sa pauvreté en périoste, déjà signalée par Ollier.

A. Benoit.

Médication thyroïdienne dans le traitement des fractures (*Société de Chirurgie*, 27 décembre 1899). — L'écho des merveilleux effets de la médication thyroïdienne dans les retards de consolidation des fractures, n'avait été troublé jusqu'à ce jour par aucune note discordante. Récemment, plusieurs cas d'accidents congestifs mortels viennent d'être publiés après l'emploi de ce moyen thérapeutique (1) Effet ou coïncidence ? Impossible de se prononcer à cet égard. Mais voici que MM. Guinard et Rochard citent

(1) Potherat, *Soc. de Chir.* 29 novembre 1899. — F. Frank, *Sem. Médic.* 1899, p. 12.

deux exemples d'échec complet, dans la consolidation de pseudarthroses, avec des doses assez élevées, ce qui tendrait à faire mettre en doute l'efficacité universelle de la médication dans ces cas. Dans la même séance, M. Poirier rapporte un succès indubitable. Il reste donc à établir les causes des échecs, sans que rien puisse d'ailleurs infirmer les étonnants résultats que beaucoup de chirurgiens ont pu constater. Une sélection est indispensable pour savoir les véritables indications de la thyroïdine dans les fractures.

A. Benoit.

Traitement des fractures du coude, par M. Finet (*Arch. med. Belges*, octobre 1899). — Dans ce travail, l'auteur s'appuyant sur les opinions émises par Hamilton (1884), Roberts, Gérard Marchant et sur six cas de sa pratique, exprime l'avis que l'opinion des classiques, avec Nélaton, à savoir qu'il faut placer le bras en demi-flexion pour éviter l'ankylose dans l'extension, comporte de nombreuses exceptions. Beaucoup de chirurgiens modernes sont partisans de l'immobilisation dans l'extension pendant les premiers jours. Il importe, en effet, de se mettre à l'abri de la rétraction du brachial antérieur et du biceps; or, cette position étendue, le membre légèrement soulevé sur un coussin, est la plus favorable; la coaptation des fragments est aussi bien plus facile. La circulation en retour se fait mieux. Enfin, on n'a à s'occuper que du rétablissement des mouvements de flexion et d'extension, au lieu des mouvements de flexion et d'extension.

Pour répondre à l'objection d'ankylose vicieuse, on peut dire que cette ankylose s'annonce par quelques raideurs; on peut alors remettre l'avant-bras en demi-flexion. Mais on se met sûrement à l'abri de cette complication en s'assurant du jeu de l'articulation par des mouvements prudents, à la suite desquels on replacera le bras dans son appareil et par le massage fréquent.

A. Benoit.

Contusion et entorse du genou avec épanchement, par le Dr Machenaud (*Arch. de Méd. navale*, 1899, n° 9). — Des observations qu'il a faites sur les matelots, l'auteur conclut que dans tous les cas où il y a, à la suite d'un traumatisme, de l'épanchement du genou, si léger soit-il, il faut, à la cocaïne, faire une *ponction aseptique précoce* dans le cul-de-sac sous-tricipital, côté externe. On diminue de plusieurs semaines la durée de cette affection, parfois si désolante pour les malades et les chirurgiens, si l'on prend le parti d'évacuer le sang encore liquide. Plus tard, une fois les caillots formés, c'est à l'*arthrotomie* qu'il faut donner la préférence, au même lieu d'élection et suivie de lavage phéniqué à 2/100e ou au sublimé à 0,50 p. 1000 Immobilisation sous la bande élastique ou l'appareil ouaté, puis massages et mobilisation progressive. Si le médecin est sûr de son asepsie, il peut se dispenser de troubler les surfaces épithéliales de la jointure par des lavages intempestifs. La méthode ci-dessus est seule capable de rendre service aux malades en supprimant ces résidus qui font obstacle aux fonctions de l'articulation et que l'ancien traitement par les révulsifs et la compression ouatée était impuissant à faire disparaître *avant de longs mois*.

A. Benoit.

Le vasogène ichthyolé dans les affections articulaires (*Therap. Monatshefte*, janvier 1900). — Le principal avantage du vasogène consiste dans le fait que cette préparation facilite, dans une grande mesure, l'absorption des médicaments par la peau : cette considération a déterminé Edlefsen à utiliser l'action remarquable de l'ichthyol dans les affections articulaires, en incorporant ce dernier dans du vasogène. On se sert d'une solution à 10 0/0, dont on verse deux fois par jour une dizaine de gouttes sur la partie à traiter : on pratique ensuite un massage énergique qui fait pénétrer l'ichthyol dans la peau, et on termine par une friction avec une quantité plus élevée du produit.

L'auteur a eu l'impression que ce mode de traitement est plus actif que les méthodes usuelles : il est vrai que lorsqu'on se trouve en présence d'une affection aussi variable, comme intensité et durée, que le rhumatisme articulaire chronique, il est difficile de tirer des conclusions fermes.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Deux cas de périgastrite adhésive pylorique. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 déc. 1899). — On sait de quelles difficultés est entouré le diagnostic des adhérences périgastriques, car elles évoluent parfois sans provoquer aucune modification de l'état de santé, alors que dans

d'autres cas elles provoquent les douleurs les plus vives. Le siège de ces douleurs, leur nature, la cause directe qui les fait naître, varient à l'infini pour ainsi dire ; Rosenheim a pu cependant ériger les règles suivantes : 1° Il y a périgastrite adhésive quand un malade atteint d'ulcère rond continue à souffrir, bien qu'il ait été soumis avec succès à une médication efficace ; 2° La périgastrite existe quand un estomac présentant des troubles de la motilité n'est pas heureusement modifié par un traitement mécanique.

Westphalen et Fick viennent d'observer deux cas caractéristiques de cette affection. Dans un cas, il s'agissait d'un hyperchlorhydrique, présentant probablement un ulcère dans la région du pylore : le traitement par le bismuth à hautes doses et un régime approprié amenèrent une guérison qui dura un mois et demi environ. Au bout de ce temps, les troubles gastriques reparurent, à l'exception de la douleur à la pression à la région pylorique ; en outre, des troubles de la motilité se manifestèrent, qui n'avaient jamais existé auparavant et dont la symptomatologie fit conclure à l'existence d'une sténose du pylore avec crises irrégulières de contracture.

La pyloroplastie démontra l'exactitude du diagnostic et soulagea le malade pour quelque temps, mais les accidents dus à la sténose reparurent bientôt : en soulevant avec la main une hernie épigastrique, développée à la suite de l'intervention, on provoquait des douleurs dans la région pylorique, ce qui semblait démontrer l'existence d'adhérences périgastriques. Une seconde intervention quatre mois après la première (gastro-entérostomie) confirma le diagnostic. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Dans le second cas, les deux indications de Rosenheim se trouvaient réunies et l'intervention (gastro-entérostomie), qui permit de déceler l'existence d'adhérences entre le pylore et le colon transverse, guérit le malade.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs établissent trois types de périgastrite adhésive : 1° pas de troubles de la motilité ; 2° la périgastrite détermine des troubles de la motilité ; 3° la périgastrite vient compliquer une sténose organique du pylore.

1° Les cas de ce genre ne nécessitent que fort rarement une intervention ; 2° Cas rares ; il semble que la rupture des adhérences ne suffise pas à débarrasser les malades, car la récidive est fréquente ; 3° Pour les cas de ce groupe, la gastro-entérostomie est seule indiquée. N'en serait-il pas de même pour les deux autres ? Les auteurs se prononcent pour l'affirmative, et considèrent que la rupture des adhérences doit être réservée à des cas exceptionnels : la thérapeutique de la périgastrite adhésive doit tendre à supprimer les fonctions du pylore immobilisé par des adhérences qui récidivent dans la plupart des cas, et la gastro-entérostomie permet d'atteindre facilement ce but, grâce aux progrès de la technique.

E. Vogt.

Cholécystostomie avec drainage étanche de la vésicule (*Deutsche med., Wochenschrift* 14 décembre 1899). — Le Pr Poppert fait remarquer que la cholécystostomie présente de grandes difficultés, quand la vésicule est ratatinée et recouverte en partie par le bord du foie ou quand le foie est remonté. Les mêmes difficultés se retrouvent quand on a affaire à des parois cystiques désagrégées par l'inflammation, cas assez fréquent. Il arrive enfin que la vésicule ne se rencontre pas à sa place accoutumée, ce qui gêne parfois considérablement les manœuvres destinées à l'attirer dans la plaie.

La suture de la vésicule au péritoine pariétal ne donne pas, d'un autre côté, une sécurité suffisante, car les accès de vomissements peuvent tout compromettre, et beaucoup de péritonites observées après la cystostomie, sont sans doute dues à cette cause, plutôt qu'à une infection en cours d'opération. Les opérations exécutées dans les meilleures conditions peuvent donc elles-mêmes avoir des suites graves.

L'auteur, en présence de tous ces inconvénients, s'est décidé, après quelques tâtonnements, à adopter une méthode qu'il désigne sous le nom de *drainage étanche* (*Wasserdicht*). Il commence, après incision des parois abdominales, à libérer, le cas échéant, la vésicule de ses adhérences ; après aspiration du contenu liquide, il incise la vésicule et enlève les calculs. L'incision doit être assez grande pour permettre l'introduction du doigt, et la recherche des petits calculs enfouis dans les replis de la muqueuse. Ceci fait, on introduit un cathéter de Nélaton dans la vésicule, et on le fixe par un point de suture à l'extrémité de la plaie voisine du fond de la vésicule. La suture intéresse toute l'épaisseur d'une des lèvres de la plaie, la couche externe de la paroi du cathéter, et l'autre lèvre de la plaie, dans toute son épaisseur. En serrant le fil, on applique solidement les lèvres de la plaie sur le cathéter. On laisse les bouts du fil assez longs pour qu'ils puissent sortir par la plaie abdominale. Le drain ainsi fixé, on suture toute la plaie vésiculaire : ceci fait, on examine les gros canaux biliaires, et on rompt, le cas échéant, les adhérences postérieures de la vésicule. On ferme ensuite la plaie abdominale,

à l'exception d'une ouverture de deux centimètres de long environ, permettant le passage du cathéter et des fils. Par cette fente, on introduit deux à trois bandes de gaze iodoformée étroites, qui vont recouvrir exactement la suture de la plaie vésiculaire, et entourent complètement le cathéter : ce dernier est ainsi isolé de la cavité abdominale. Ensuite, une seconde suture fixe le cathéter à la peau de l'abdomen : pour plus de précaution, on peut passer dans le cathéter une épingle de sûreté, fixée avec du sparadrap. Le pansement laisse passer l'extrémité du cathéter, à laquelle on fixe un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité entre dans un flacon placé près du malade. On change le pansement au bout de 5 à 6 jours, plus tard deux fois par semaine : les bandes de gaze sont chaque fois plus courtes, et au bout de deux à trois semaines il n'en reste plus. Pendant ce temps, le contenu de la vésicule s'écoule entièrement par le cathéter.

Le drainage fonctionne ainsi pendant 10 à 15 jours : au bout de ce temps, l'irritation produite par la gaze a provoqué une oblitération complète des pourtours du cathéter, et l'infection de la cavité abdominale par écoulement du liquide provenant de la vésicule n'est plus possible. Au bout de trois, au plus huit semaines, on enlève le cathéter, dont la présence n'empêche pas le malade de circuler, à condition qu'on entoure le tube d'un peu d'ouate, ou qu'on le mette en communication avec un petit flacon destiné à recevoir la bile. Avant de supprimer entièrement le cathéter, on fait un lavage minutieux de la vésicule au moyen d'un cathéter beaucoup plus petit.

Pendant quelques jours, un peu de bile s'écoulera encore par la plaie, mais bientôt toute sécrétion sera supprimée et la plaie se cicatrisera : les fils tombent d'eux-mêmes.

La méthode s'applique tout aussi bien à une vésicule diminuée de volume : la partie du cathéter qui traverse dans ce cas la cavité abdominale sera entourée de gaze iodoformée. Le drainage étanche peut être de même appliqué au cholédoque.

Le nombre des malades, ainsi traités, se monte aujourd'hui à 162 : deux fois seulement, le cathéter se boucha (dans un cas, il s'agissait d'un lombric entré dans le tube, dans l'autre de petits calculs). Dans un autre cas, de violents accès de toux, provoquèrent une rupture des sutures de la plaie abdominale, avec prolapsus d'anses intestinales. Malgré cet accident, il n'entra pas une goutte de bile dans la cavité abdominale.

L'auteur n'a observé consécutivement à l'intervention, la formation d'aucune hernie, complication assez fréquente quand on suture la vésicule à la paroi abdominale.

En résumé, l'opération est d'exécution simple, elle est applicable même aux cas les plus difficiles : elle est précieuse dans les cas où l'on est forcé d'ouvrir aussi les canaux cystique ou cholédoque contenant des calculs, ou quand la vésicule est déplacée. On évite en outre le développement de fistules biliaires persistantes, car cet accident ne s'est présenté dans aucun des cas de l'auteur. On se met enfin à l'abri de toute infection car il n'y eut, chez les malades de Poppert, aucun cas de péritonite, même quand il s'agissait d'angiocholite infectieuse, ou d'empyème aigu.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

La neurasthénie : ses symptômes et son traitement, par Lander Carter Gray (de New-York), *Medical News*, 16 décembre 1899. — Le traitement de la neurasthénie comporte diverses indications : il consistera dans *a*) l'éloignement et la suppression de la cause, *b*) le repos, *c*) les toniques physiques et psychiques, *d*) l'électrisation.

Le repos doit être à la fois mental et physique: cependant il est nécessaire de laisser les malades au lit : un repos de dix à douze heures sur vingt-quatre est suffisant.

Chez les neurasthéniques anémiques, le fer est insuffisant : il faut l'associer au sulfate de quinine, dans certains cas même au sulfate de strychnine.

On peut alors employer la formulesuivante :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 002
Sulfate de fer.....	0 gr. 12
Sulfate de quinine.....	0 gr. 12

Pour une pilule ou une capsule. № 15.

Une pilule trois fois par jour, une demi-heure après chaque repas.

En même temps que ces toniques, on peut employer les extraits de viande de bœuf, les malades manifestant pour la viande elle-même une certaine aversion. Chez les sujets peuané-

miques, il est inutile de donner le fer à une dose aussi élevée que précédemment.

On peut prescrire :

Ferratine.....	0 gr. 20
Sulfate de strychnnine....	0 gr. 002

en une capsule. N° 15.

Une capsule trois fois par jour aussitôt après la repas.

Si le malade n'est pas anémique, on peut avoir recours à l'élixir de quinquina avant ou après les repas, à la liqueur de Fowler, aux granules d'acide arsénieux, ou au sulfate de strychnine; avant d'employer ces médicaments, on pourra voir quel résultat on obtient avec un repos partiel. Chez les goutteux, on peut avoir un certain bénéfice de l'usage de la teinture de colchique.

Dans les cas où il existe des troubles gastro-intestinaux, les eaux minérales sont indiquées.

Le malade suivra un régime sévère suivant les principes de Mitchell; les cas légers sont justiciables de la pepsine ou de la pancréatine.

L'insomnie sera traitée par les hypnotiques; la distraction bien adoptée au caractère du sujet est un adjuvant utile.

Quant à l'électricité, elle a une grande valeur thérapeutique dans la circonstance. La galvanisation cérébrale avec des courants de 2 milliampères. donne d'excellents effets, ainsi que la galvanisation spinale (5 à 6 milliampères). On peut ajouter à la galvanisation la faradisation générale des muscles et le massage.

P. Sainton.

Du traitement de la névralgie faciale par les résections étendues et en particulier par la résection périphérique totale du trijumeau, par H. Béjarano (*Thèse de Paris*, 1899). — Le traitement de la névralgie faciale doit être actuellement compris de la façon suivante : 1° Les névralgies qui ne sont qu'une manifestation, qu'un équivalent de l'hystérie et de l'épilepsie, sont justiciables des bromures et plus particulièrement du bromure de strontium, qui s'y montre très efficace; 2° les névralgies qui reconnaissent pour origine une névrite ou une lésion artério-scléreuse du trijumeau, seront d'abord soumises au traitement opiacé, suivant les indications de Trousseau : si celui-ci se montre impuissant, il faut avoir recours aux interventions chirurgicales.

Parmi celles-ci, la résection du trijumeau donne d'excellents résultats, comprise d'une certaine façon. Elle ne devra pas être limitée et périphérique, elle n'amène alors que des résultats transitoires; d'autre part, la résection du ganglion de Gasser est une opération dangereuse. Il faut avoir recours, suivant la recommandation de Chipault, à l'ablation de la plus grande longueur possible du nerf, « depuis le point le plus haut qu'on peut atteindre, jusqu'aux extrémités périphériques. »

Ce desideratum est réalisé, en ce qui concerne la branche ophtalmique, par le procédé de Villar, de Bordeaux, pour la branche maxillaire supérieure par le procédé de Laussen-Bacon, pour la branche maxillaire inférieure par le procédé étudié par Chipault et l'auteur.

Celui-ci permet, en effet, de réséquer cette branche nerveuse depuis le trou ovale jusqu'aux filets mentonniers avec les collatérales et plusieurs centimètres du lingual; combiné avec une incision au niveau du trou sous-orbitaire et avec le procédé de Villar, il permet la résection périphérique des trois branches du trijumeau, totale d'un côté de la face. On trouvera, dans ce travail inaugural, tous les détails techniques de ce procédé.

P. Sainton.

Gibbosité avec paraplégie. Réduction. Guérison, par A. Chipault. (*Société de Neurologie* de Paris, 9 novembre 1899. *Revue Neurologique*, 1899). — Un enfant de 5 ans 1/2. atteint de gibbosité pottique fut atteint de paraplégie spasmodique avec troubles légers des réservoirs, sans troubles de la sensibilité. La gibbosité fut réduite, la réduction fut maintenue par la ligature apaphysané et un corset plâtré. En huit jours la paralysie a disparu. La contention fut maintenue un an 1/2. Détail technique intéressant, les corsets que l'on fit à l'enfant furent tous confectionnés, l'enfant pendu par les pieds et non endormi : cette attitude fut très aisément supportée. Actuellement il n'existe aucune trace de la paraplégie, les réflexes eux-mêmes n'en révèlent plus aucun stigmate.

P. Sainton.

Deux cas de paralysie du membre supérieur, d'origine traumatique, par M. Cordier (*Arch. Med. Belges*, octobre 1899). — A la suite de chute sur le coude, de fracture de l'humérus, voisine de l'articulation, l'auteur a vu s'établir progressivement des *monoplégies* complètes du bras avec *perte de sensibilité*. Des compressions nerveuses ne pouvant être incriminées dans ces cas où le médian, le radial et le cubital étaient tous plus ou moins profondément atteints, on ne peut faire rentrer ces accidents que dans le groupe des *paralysies amyotrophiques* décrites par Charcot. Ces deux exemples prouvent que l'impotence motrice peut s'étendre au delà des

muscles qui entourent l'articulation traumatisée et s'accompagner aussi de troubles sensitifs. Ces amyotrophies, selon Charcot, reconnaissent une origine réflexe par l'intermédiaire des cellules des cornes antérieures de la moelle. L'affection articulaire, par la voie des nerfs articulaires lésés, agit sur le centre spinal et sur ceux du voisinage, d'où émanent les nerfs moteurs et trophiques. Les cornes postérieures seraient aussi influencées par cette altération non matérielle, mais purement fonctionnelle. Le *pronostic* est très grave; la persistance des accidents est la règle. *L'électrisation statique* est le meilleur moyen de relever la nutrition des muscles. « Le clinicien, dit Charcot, ne doit pas, en présence d'une arthrite légère, lorsque les phénomènes d'impuissance motrice ou l'atrophie sont bien constatés, s'exposer a porter un pronostic favorable, ni promettre une issue heureuse dans un bref délai : ce pronostic serait peut-être démenti. »

A. Benoit.

Ophtalmologie

Dr Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Méthode d'opacification rapide et complète du cristallin transparent sans déchirure de la capsule par le Dr Jocqs (*Communications faites au Congrès international d'optalmologie d'Utrecht*, août 1999).— L'auteur, dans le but de réduire au minimum la possibilité des diverses complications que peut présenter l'opération de l'extraction du cristallin transparent dirigée contre la myopie forte, a cherché à produire dans le cristallin une cataracte molle analogue à celle de l'enfance, dont on pût faire l'extraction en une seule séance opératoire. Quand on fait la discision du cristallin, c'est pour obtenir son opacification, en le mettant en communication avec l'humeur aqueuse de la chambre antérieure. L'auteur avec son procédé, met toute la masse cristallinienne en contact avec l'humeur aqueuse, mais sans déchirer la cristalloïde antérieure, en ponctionnant la chambre antérieure à la périphérie avec une seringue de Pravaz munie d'une fine aiguille. Il aspire dans la seringue quelques gouttes d'humeur aqueuse, puis sans sortir de la chambre antérieure, il ponctionne obliquement le cristallin et y injecte le liquide aspiré.

Au bout de deux à trois jours, le cristallin est opaque, et alors une simple incision linéaire de la cornée, permet d'extraire tout ce cristallin en une séance. L'auteur n'a encore pas eu l'occasion d'appliquer ce procédé sur l'homme. Il n'a encore pu que l'expérimenter sur le lapin et le chien, et toujours avec succès, au point de vue de l'opacification rapide et complète du cristallin.

Kopff.

Des massages oculaires, par le Dr Darier (*Communication faite au Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht* ; août 1899). — L'auteur fait l'historique de cette méthode de traitement, qui remonte à l'antiquité, et a été appliquée à la conjonctive (trachome surtout) et à la cornée dans les leucomes, les infiltrations cornéennes diffuses, la kératite parenchymateuse à son déclin; dans le pisclérite et le catarrhe printanier; sous forme de massage simple ou médicamenteux (lanoline iodoformée — lanoline hydrargyrique — calomel).

Le massage vibratoire, purement mécanique, a été mis en pratique par Maklakow, au moyen de la plume d'Edison, qui peut donner 9,000 vibrations à la minute. Plusieurs docteurs après lui l'ont employé : dans les yeux glaucomateux dont il diminue la tension intra-oculaire, dans certaines cataractes traumatiques dont il favorise la résorption; dans des irido-choroïdites chroniques, et des kératites ponctuées qu'il améliore en activant la circulation lymphatique et les échanges intra-oculaires; dans des conjonctivites folliculaires ; dans les sclérites et épisclérites, dans les opacités cornéennes épaisses. Il faut attendre, dansles cas aigus, que les phénomènes inflammatoires aient disparu et que la trop grande irritabilité de l'œil soit passée.

Enfin, le massage-pression appliqué surtout par le Dr Domec, dans les vices de réfraction (hypermétropie-myopie), exercerait une action mécanique sur le cristallin; une action tonique sur le muscle ciliaire et de l'accommodation ; et une action trophique sur tousles tissus intra-oculaires.

Dr Kopff.

Traitement des infiltrations de la cornée par des injections d'eau de mer, par le Dr Dianoux (*Communication faite au Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht*, août 1899). — L'auteur a cherché un procédé rapide de traitement des infiltrations de la cornée, quelle qu'en soit la cause. Après avoir pratiqué successivement des injections sous-conjonctivales d'iode, de

sublimé, de chlorure de sodium, il a essayé l'eau de mer, dont la composition présente une certaine analogie avec celle du sérum humain. Il pratique tous les huit jours, ou même tous les quinze jours seulement, une injection sous conjonctivale massive de deux seringues, et les continue aussi longtemps qu'il se produit de l'amélioration, sans cependant persister lorsque cette amélioration n'a pas commencé à se manifester, au plus tard après la troisième injection.

KOPFF.

Du massage dans les traumatismes oculaires, par le Dr GRANDCLÉMENT (*Société de médecine de Lyon*, novembre 1899). — L'auteur présente un enfant qui, à la suite d'un violent traumatisme, a été atteint d'un glaucome hémorragique, contre lequel il a employé le massage cinq jours après l'accident. Après trois jours de massage, le sang s'est resorbé, alors qu'il n'avait subi aucune modification pendant les cinq premiers jours. Le massage aurait agi en refoulant en arrière l'iris appliqué contre l'angle irido-cornéen et en rétablissant de la sorte la filtration des liquides oculaires.

KOPFF.

Traitement du kératocône par le galvano-cautère, par le Dr BROTCHETT de Londres, (*Communication faite au Congrès d'Utrecht*, août 1899). — Au lieu de cautériser le sommet du cône avec la pointe portée au rouge du galvano-cautère, jusqu'à perforation de la cornée, l'auteur a essayé depuis 1892 le galvano-cautère à une température peu élevée appliqué sur la surface du cône pour la cautériser superficiellement.

Puis ensuite avec une fine pointe portée à une température élevée, il pénètre dans le cône jusqu'à la membrane de Descemet.

KOPFF.

Traitement du glaucome chronique simple par la galvanisation du sympathique cervical, par le Dr ALLARD (*Communication faite au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences*, 1899). — L'auteur, à la suite de résultats favorables obtenus dans le traitement du itre exophtalmique par la galvanisation à forte intensité de la région antéro-latérale du cou, a eu l'idée d'essayer le même procédé dans le glaucome chronique simple.

Dans ces deux affections, on a tenté la résection du sympathique au niveau du ganglion cervical supérieur; mais le remède pouvant être quelquefois pire que le mal en raison des complications, l'auteur a cherché à modifier l'excitabilité du nerf grand sympathique par la seule action du courant galvanique continu appliqué avec une intensité suffisante.

Il apporte le résultat obtenu sur 10 glaucomateux, en utilisant l'action sédative du pôle positif et en localisant un courant intense de 16 à 20 milliampères sur toute la longueur du cou. Il résulte de ces dix observations que la galvanisation positive à forte intensité du sympathique cervical, a une efficacité certaine sur le glaucome chronique simple. L'action sédative du pôle positif, diminuant l'excitabilité du sympathique, produit une action analogue, quoique très atténuée, à celle de la section de ce nerf. Il en résulte: 1° une diminution sensible de la tension oculaire; 2° une diminution des phénomènes douloureux; 3° une amélioration de la vision, variant suivant le degré de l'atrophie glaucomateuse, se mesurant par une augmentation de l'acuité visuelle et du champ visuel.

KOPFF.

Recherches sur le débridement de l'angle iridien, par le Dr DECLOS (*Thèse de Paris*, 1898).— Le débridement de l'angle iridien est une opération inoffensive utile dans le glaucome prodromique, dans certaines formes chroniques de glaucome et dans l'hydro-ophtalmie. Les résultats anatomiques sont une lésion du canal de Schlemm et des veines intra-sclérales et l'ouverture de la séreuse supra-choroïdienne, par ténotomie du muscle ciliaire.

KOPFF.

Etiologie de la cataracte (*Deutsche med. Zeitung*, 14 déc. 1899). — JONAS a constaté chez tous ses malades atteints de cataracte (16 cas des modifications pathologiques de la cavité nasale.

La cataracte ne serait donc pas autre chose qu'une affection d'origine réflexe dépen- dant d'une rhinite Ce trouble trophique rappellerait ceux que l'on observe dans l'oreille moyenne, ou encore l'arthrite déformante, la formation de corps libres articulaires.

La fréquence de la cataracte chez les diabétiques s'expliquerait par le fait que ces malades présentent, sans exception, une hypertrophie généralisé, de nature fibreuse, de la muqueuse nasale.

La conclusion thérapeutique s'impose ; dans tous les cas de cataracte au début, il faudra de suite procéder à un traitement local de l'affec-

tion nasale prédisposante : on pourra ainsi espérer enrayer l'affection oculaire.

E. Vogt.

Atrophie double de la pupille consécutive aux oreillons, par Blanchard (*Bulletin médical* du 6 décembre 1899). — L'auteur apporte l'observation d'un cas de fièvre ourlienne compliquée de troubles oculaires. La maladie ourlienne avait suivi son cours normal après un début assez violent, quand au bout d'un mois il se développa une névro-rétinite double qui en un mois a abouti à l'atrophie blanche permettant encore de lire les plus gros caractères de l'échelle typographique à un mètre environ et laissant un champ visuel très rétréci. Le traitement a consisté en émissions sanguines locales, iodure de potassium et frictions hydrargyriques. La relation de cause à effet a été évidente dans cette observation. La cause pour l'auteur réside dans l'infection, les oreillons comme toutes les maladies infectieuses étant susceptibles d'amener du côté de l'appareil visuel des troubles passagers ou définitifs, suivant l'action plus ou moins toxique de l'agent infectieux. Lorsque l'infection est profonde, la cellule visuelle, troublée dans sa constitution, le sera aussi dans sa fonction, à la condition que les toxines aient le temps de fortement imprégner l'organisme.

Kopff

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Epistaxis menaçant l'existence, guérie par des injections locales de gélatine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — Freudenthal donne l'observation d'une femme âgée, atteinte d'une épistaxis qui résista au tamponnement, même pratiqué avec le secours de la sonde de Belloc : ce n'est qu'au bout de trois heures que l'hémorragie s'arrêta pour recommencer cinq heures plus tard. L'auteur appelé à ce moment, trouva une malade en syncope, avec pouls imperceptible : il pratiqua de suite une injection sous-cutanée avec 500 grammes de solution physiologique, ce qui releva quelque peu le pouls. On put alors faire un nettoyage complet de la cavité nasale et injecter ensuite 20 à 30 cc. d'une solution chaude de gélatine obtenue en faisant dissoudre six petites feuilles de gélatine blanche du commerce dans une tasse d'eau bouillante. L'injection fut introduite lentement au moyen d'une seringue en verre. Sous l'influence du passage de l'air à travers la narine, la gélatine injectée se solidifia rapidement et l'hémorragie fut instantanément arrêtée. Les injections furent pratiquées à nouveau toutes les 2 heures pendant toute la journée. Guérison définitive.

E. Vogt.

Un cas de polype naso-pharyngien, traité et guéri pas l'électrolyse (*Therap. Monatshefte*, déc. 99). — Il s'agit d'un polype de la taille d'un œuf de pigeon, de consistance fibreuse, partant du vomer et remplissant tout le rhinopharynx à gauche. Un essai d'électrolyse postérieure ayant été infructueux, à cause des mouvements de déglutition qu'il provoquait, Grosskopf enleva par une première intervention l'épine nasale à gauche : une fois la plaie cicatrisée, l'opérateur put, en suivant le plancher de la cavité nasale, introduire l'aiguille (cathode) profondément sous la tumeur, l'anode étant placée sur le sternum. Le courant ne put dépasser 12 m. A, les intensités supérieures n'étant pas supportées. On fit tous les 2 jours des séances de 15 minutes. Au bout de 17 séances la tumeur était détruite, à l'exception d'un prolongement se dirigeant vers la droite, qui fut attaqué en passant par la cavité nasale droite et détruit en 4 séances. Pas de récidive.

Il va sans dire que chaque séance était précédée d'un badigeonnage de cocaïne à 10 0/0.

E. Vogt.

Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales (*These, Paris 1899*), par le Dr Viollet. — L'étude des propriétés du mucus nasal que l'auteur s'est attaché à préciser dans ce travail, lui a permis de vérifier une fois de plus la notion fondamentale et classique de la septicité ordinaire des fosse nasales normales de l'homme sain.

Il ressort de l'exposé historique de la question ainsi que des investigations faites par M. Viollet, que la plupart des auteurs qui ont poursuivi les recherches de MM. Wartz et Lermoyez n'ont pas confirmé le rôle bactéricide attribué par eux au mucus nasal considéré en lui-même, indépendamment des éléments cellulaires qu'il contient.

Bien que l'auteur ait cherché à expliquer le filtrage partiel de l'air inspiré que l'on constate au niveau des fosses nasales, par les propriétés phogocytaires des leucocytes contenus dans le mucus nasal, leucocytes dont il a pu constater la vie et les capacités d'englobement à l'égard des poussières organiques et inertes, il reste acquis que les fosses nasales normales sont néanmoins toujours septiques. Le tableau dans lequel l'auteur fait le relevé des principaux micro-organismes signalés dans le nez normal, depuis 15 ans, montre la variété et la multiplicité de ces germes.

KOPFF.

Opération radicale de l'otite moyenne, compliquée de thrombophlébite du sinus transverse, par M. POLITZER (*Société imp. royale des médecins de Vienne*, 17 novembre 1899). — M. POLITZER a eu à traiter un enfant de quatorze ans qui portait, *depuis l'âge de six ans*, une otorrhée consécutive à la rougeole. Il y avait depuis quelque temps des signes d'altération du sinus, vomissements, vertiges, etc. L'opération, faite en deux temps, à quelques jours d'intervalle, consista à détacher le pavillon et la paroi postérieure du conduit auditif qui furent réclinés en avant, avec le périoste, puis à ouvrir l'apophyse mastoïde, dont les cavités furent curetées, ainsi que la cavité tympanique et tamponnées; plus tard, le sinus qui suppurait fut découvert sur 4 cent. et vidé de ses caillots. Le tamponnement, la suture et une autoplastie terminèrent l'intervention. Ce cas, qui s'est terminé par la guérison du petit malade, peut être cité comme un des plus favorables parmi les complications de l'otorrhée chronique. Les suppurations du sinus sont, en effet, presque toujours mortelles si l'opération n'intervient pas.

A. BENOIT.

Les abcès retropharyngiens et leur traitement par MARFAN (*Journal de Médecine interne*, n° 24 p. 563, 1899). — Ces abcès sont situés dans une des loges retropharyngiennes, loges situées symétriquement de chaque côté de la médiane. Dans chaque loge existent, au-dessous de deux ans, deux ganglions placés derrière le pharynx, à la hauteur de l'axis, en dehors de la ligne médiane. Chez les enfants de trois ans et plus, il n'existe plus qu'un ganglion, et chez les adultes on ne trouve que des ganglions atrophiés (Gilette).

Ces ganglions reçoivent des lymphatiques émanés de la pituitaire de la face supérieure du voile du palais, ainsi que du riche réseau lymphatique de la muqueuse pharyngienne.

A l'origine des abcès on trouve un coryza aigu simple, une rhinite rubéolique, une angine vulgaire, une angine scarlatineuse, diphtétritique. Mais le plus souvent, les ganglions retropharyngiens s'enflamment à la suite d'une adénoïdite aiguë primitive ou secondaire.

On les observe surtout au-dessous de deux ans. Une cause prédisposante est la tuberculose, en dehors de toute affection vertébrale ; on peut aussi incriminer le rachitisme, la cachexie consécutive à la gastro-entérite des nourrissons, la convalescence de la coqueluche, de la rougeole, de la scarlatine.

La période prémonitoire est celle du coryza, de l'angine, de l'adénoïdite. La deuxième se fait suivant deux modes : il peut s'agir d'un adéno-phlegmon aigu qui va suppurer et se traduit par la fièvre, l'agitation nerveuse, le délire, les convulsions même, au point qu'on peut songer à la méningite ; ou bien d'un adéno-phlegmon subaigu avec fièvre légère, réaction médiocre de telle sorte que l'attention peut ne pas être attirée vers lui.

Cependant il arrive un moment où elle est mise en éveil par des symptômes fonctionnels anormaux et des signes physiques suffisamment révélateurs. Les troubles de la déglutition sont plus ou moins particuliers : la respiration est gênée et bruyante. Elle est lente, s'accompagne de tirage sous et sus-sternal. On entend un ronflement qui ne disparaît pas quand on ferme le nez du petit malade. La gêne respiratoire tient à l'existence de la tumeur et aussi à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques (Marfan). La gêne respiratoire est permanente, mais peut être aggravée par des crises paroxystiques, comme dans le croup. Ces accès, dus à un spasme de la glotte, surviennent spontanément ou à la suite d'un mouvement de déglutition, d'un examen de la gorge.

Une autre particularité de la dyspnée est celle-ci : quand l'enfant est couché, il respire ; quand il est assis il suffoqué.

La voix est affaiblie et nasonnée. Elle aurait même un timbre particulier qui la ferait ressembler au couin-couin du canard (Labrie).

La toux est rauque.

Un dernier signe peut éveiller l'attention, c'est l'augmentation de volume du cou, dû à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ou encore à un prolongement de l'abcès. On peut observer une raideur de la nuque et du cou, et même une position vicieuse de la tête sans lésion de la colonne vertébrale.

En examinant la gorge, on constate que la paroi du pharynx est asymétrique, au début du moins. Plus tard, l'abcès peut fuser et la déformation de la paroi être bilatérale. L'intumescence est recouverte par une muqueuse rouge, viola-

cée. Elle peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule. Le doigt sent une masse molle, résistante, une tuméfaction diffuse, et au milieu de cette tuméfaction une zone ramollie. Pour être sûr de son diagnostic il faut obtenir le choc en retour.

Le diagnostic doit être fait avec le croup, avec l'abcès froid retro-pharyngien consécutif à une ostéite des vertèbres cervicales.

L'abcès, abandonné à lui-même, entraîne habituellement la mort. S'il marche vers les aponévroses latérales, il peut ulcérer la carotide et cause une hémorragie foudroyante; en tout il produit de grands décollements.

Le malade peut mourir d'asphyxie lente, ou succomber dans une crise de suffocation due à un spasme de la glotte. La broncho-pneumonie par infection sanguine est à craindre; de même aussi la médiastonite suppurée, ou une pleurésie suppurée. Enfin, il existe un type gangréneux qui entraîne fatalement la septicémie.

La mort subite que les anciens attribuaient, à tort, à la chute du pus dans les voies respiratoires, au moment de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès, peut survenir au moment où on examine la gorge. Dans les autopsies on a toujours trouvé le cœur vide de caillots, contracté en systole. Enfin la mort peut survenir au moment de l'ouverture de l'abcès. et c'est encore la syncope qu'il faut incriminer. La mort subite est surtout à craindre, dans les cas d'intervention tardive.

Pour éviter tous ces accidents, il faut intervenir dès que le diagnostic est posé.

L'incision se fait généralement par la voie buccale.

Afin de ne blesser ni la langue ni le voile du palais, on recouvre une lame de bistouri avec du diachylon, en laissant à découvert la pointe de cette lame sur une longueur de un centimètre à un centimètre et demi. Si on ne laisse pas assez de lame, on risque de ne pas atteindre l'abcès; il faut songer, en effet, que l'abcès est enveloppé par la muqueuse œdermatrée, par l'aponévrose du pharynx, par des muscles, par un tissu conjonctif.

Il faut employer un bistouri effilé parce que l'aponévrose du pharynx est dure à percer.

La carotide ne peut être atteinte, car elle est protégée par l'aponévrose latérale et parce que l'incision se fait près de la ligne médiane.

Le petit malade sera étendu sur une table, incliné de trois quarts et la tête un peu basse; aussitôt que l'abcès sera ouvert, on achèvera le demi-tour et on couchera l'enfant sur le ventre pour faciliter le rejet du pus.

Souvent le pus coule mal, parce que l'ouverture faite à l'aponévrose, difficile à entamer, est petite.

Aussi est-il nécessaire d'avoir à sa portée une sonde cannelée dite de Nélaton, pour agrandir la plaie de l'aponévrose.

Immédiatement après l'ouverture on fera un lavage de la gorge avec de l'eau bouillie et deux ou trois heures après, on procédera à un deuxième lavage, non sans s'être assuré que l'abcès est bien vidé. On a soin de faire à l'aide d'une pommade boriquée l'antisepsie du rhinopharynx.

L'ouverture par la voie cervicale n'est légitime que quand l'abcès ayant perforé l'aponévrose latérale s'est avancée sur le côté du cou,

Si au cours de l'intervention l'enfant a une syncope, il faut pratiquer de suite la respiration artificielle.

G. Lyon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Les fausses « langues syphilitiques. » par le Dr M. Morel Lavallée, (*Société de dermatologie* 11 janvier 1900). L'auteur a montré, il y a quelques années, dans une communication à la Société de Dermatologie, que les *plaques lisses fauchées*, de la langue *syphilitique secondaire* pouvaient être exactement simulées par un éxanthème localisé dû à l'antipyrine. A la séance de novembre dernier, il a établi que la langue *leucoplasique, même parcheminée* de la *glossite superficielle scléreuse*, c'est-à-dire l'aspect objectif du tertianisme lingual, pouvait exister en dehors des lésions dues à la syphilis, à l'alcool et au tabac.

L'une des deux observations qu'il a produites à ce propos ressortissait au lichen plan lingual; déjà d'ailleurs on savait, (et M. Brocq y avait insisté) *qu'une partie* de ces langues blanches non syphilitiques revenait au lichen plan. Le doute persiste pour la pathogénie de la deuxième des glossites publiées ; mais la première est de beaucoup la plus intéressante en ce qu'elle a permis à M. Morel-Lavallée de poser, dans sa séance du 11 courant, la question de la Transmissibilité du lichen planus de Wilson. Il s'agit, en effet, d'une dame qui, depuis un an a du lichen lingual ; or, il a vu et montré au Dr Brocq le mari, porteur *à la bouche* et à la verge d'un lichen plan typique ayant débuté il y a 12 ans et soigné par E. Vidal.

Cette communication comporte un intérêt considérable ; il est désormais établi que ces lésions de la langue si complexes et si difficiles, que l'on croyait l'apanage exclusif de la syphilis, — et du sexe masculin, — peuvent reconnaître d'autres origines que la vérole et se rencontrer aussi chez la femme. Et cela, non seulement pour les glossites scléreuses, déformantes, du tertiarisme, qui forçaient dès l'abord l'attention, mais même pour la glossite en aires « fauchées » comme des prairies où le duvet papillaire aurait été tondu, et où la muqueuse, conservant toute sa souplesse, blanchit au contact du nitrate d'argent. Eh bien, oui ! tout cela peut exister sans la syphilis. Il y a des *fausses plaques muqueuses* de la langue ; et, pour les produire, il suffit, chez quelques personnes prédisposées, de l'ingestion d'un cachet d'antipyrine !

Pour la thérapeutique, ce que nous apprenons est plus curieux encore. D'abord, ce n'est ni plus ni moins que l'écroulement d'un de nos adages classiques jusqu'ici indiscutés : je veux dire l'axiome *Naturam morborum curationes ostendunt*. Non, cela n'est plus vrai aujourd'hui. Les injections de calomel qui sonnent dans l'économie un véritable branle-bas, produisent un formidable effet, sinon constamment curatif, du moins toujours modificateur sur nombre d'affections qui n'ont rien à voir avec la syphilis, telles que le lupus, le cancroïde, etc. Cette liste, M. Morel-Lavallée vient d'ajouter le *lichen planus* de Wilson, au moins siégeant à la langue.

Ces derniers mots eux-mêmes peuvent être comme la préface d'un nouveau paragraphe thérapeutique. Il résulte en effet de toutes les observations (personnelles ou provenant de ses collègues en dermatologie) auxquelles M. Morel-Lavallée a fait allusion, que les différentes formes sous lesquelles un médicament peut être opposé à une maladie donnée, varient suivant la lésion anatomique observée, et suivant l'organe mis en cause : les injections de calomel, déjà indiquées pour les syphilides palmo-plantaires, sont le médicament d'*élection* pour les lésions intéressant *la langue*.

Quant à la question de la *contagiosité* du *lichen-plan*, posé pour la première fois par M. Morel-Lavallée, fort de l'observation qu'il apportait, et dans laquelle une femme, porteur depuis un an d'un lichen lingual, paraissait l'avoir pris de son mari, atteint depuis *douze ans* de la même maladie, il s'agit là d'un fait nouveau du plus haut intérêt ; mais nous nous contentons de le signaler ici, en raison de son caractère spécial et parce que, pour le moment, il ne touche pas directement à la thérapeutique.

R. Blondel.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité
à l'hôpital de la Charité

Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en Gynécologie, par G. Apostoli (*Académie de Médecine*, 5 décembre 1899). — Le courant ondulatoire, dont les propriétés physiques et physiologiques nous ont été révélées par le professeur d'Arsonval, présente le double avantage de superposer aux effets du courant continu ceux d'un courant variable, qui, comparé au courant faradique, présente une courbe plus régulière, moins brusque, et à forme sinusoïdale.

L'absence de tout renversement et de toute alternance lui permet de surajouter à l'action de l'état oscillatoire, l'action électrolytique d'un courant constant, et lui assure ainsi une place importante dans l'échelle des différents modes électriques appliqués à la médecine.

Expérimenté pour la première fois en 1896, à la clinique du docteur Apostoli, il a été, depuis lors, appliqué à un grand nombre de malades, et au total, jusqu'au 1er juillet 1899, pour la gynécologie seulement, 4,232 fois sur 308 malades.

Voici les résultats généraux de son application gynécologique :

1° La caractéristique dominante du courant ondulatoire consiste dans une action *analgésique* plus ou moins rapide qui entraîne la diminution, puis la disparition fréquente des phénomènes douloureux.

Qu'il s'agisse de douleurs *intermenstruelles*, ou de *dysménorrhée* proprement dite, il agit très puissamment pour atténuer ou faire disparaître l'élément *douleur*, sans toutefois pouvoir supplanter constamment soit la faradisation, soit a sta tique.

2° Sans action marquée contre la *leucorrhée* d'origine infectieuse, il peut rendre parfois des services contre les troubles circulatoires congestifs voisins de l'état puerpéral et diminuer ainsi quelques écoulements leucorrhéiques récents et souvent rebelles.

3° Sans avoir la possibilité d'exercer en général contre les *hémorragies* une action aussi rapidement efficace que celle du courant continu appliqué à haute dose à l'aide d'une électrode non oxydable en platine, il peut toutefois être utilisé avec fruit contre les hémorragies liées à une *métrite congestive* ou à un *arrêt d'involution utérine*.

4° Agissant par un processus analogue et souvent supérieur à celui du massage abdominal, il peut combattre avantageusement certaines *constipations* rebelles et certaines *aménorrhées* réfractaires à la galvano-caustique.

5° Sans action trophique directe contre l'évolution des *fibrômes*, il doit céder le pas aux galvanocaustiques dans la cure des néoplasmes bénins, mais il peut faire disparaître certains phénomènes congestifs et douloureux liés à leur évolution.

6° Impuissant pour corriger directement les *ptoses et les vices de situation génitaux*, il peut cependant, en décongestionnant le bassin et en activant la contractilité musculaire, rendre dans ces cas de réels services symptomatiques.

7° Très puissant contre les *lésions péri-utérines congestives et exsudatives* (non suppurées) par l'association de son action analgésique à ses effets stimulants, il aide à la résorption des exsudats et constitue une de leurs meilleures médications conservatrices.

En résumé, les nombreuses applications du courant ondulatoire faites depuis trois ans à la clinique du docteur Apostoli, lui permettent d'affirmer que ce courant, d'une inocuité absolue et d'une tolérance constante, mérite de prendre rang dans la thérapeutique de la gynécologie conservatrice par l'association de ses deux actions prépondérantes :

Analgésique d'un côté, et *résolutive* ou *décongestionnante* de l'autre.

Si ce courant est moins actif que la galvanocaustique chimique contre le fibrome en général, contre l'endométrite infectieuse, contre la métrite parenchymateuse, et pour arrêter une hémorragie rebelle, il conserve, d'autre part, une préséance marquée dans le traitement de la subinvolution utérine et toutes les fois qu'il s'agit de résoudre plus ou moins rapidement des phénomènes douloureux ou congestifs.

Au point de vue symptomatique, comme au point de vue anatomique, les applications intra-utérines du courant ondulatoire paraissent plus énergiques et plus résolutives que les applications similaires faites dans le vagin.

Ainsi le courant ondulatoire, qui possède les qualités associées du courant faradique et du courant galvanique, constitue, d'après le docteur Apostoli, une acquisition précieuse pour la thérapeutique gynécologique conservatrice, et, sans vouloir supplanter aucun des autres modes électriques déjà connus, il mérite d'occuper une place de choix en électrothérapie.

R. Blondel.

Sur le décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales, par M. Vitrac (*Société d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux*, 14 novembre 1899). — Lorsque la malade est couchée dans le décubitus dorsal, les fistules vésico-vaginales sont situées dans le plan déclive de la vessie; aussi les urines, s'écoulant continuellement des uretères, se rendent-elles dans la zone fistulaire, en totalité si la fistule est moyenne, en presque totalité si elle est basse, et enfin en moins grande quantité si elle est haute au-dessus du trigone. Conséquence pratique : dans le décubitus dorsal, toutes ou presque toutes les urines, si la fistule est ouverte, passent par la fistule et l'empêchent de se fermer; si elle est opératoirement fermée, elles viennent baigner la nouvelle plaie.

Or, ce contact des urines, *a fortiori* si celles-ci sont infectées, nous explique pourquoi l'opération de la fistule est si souvent sans résultat, même dans les cas simples qui seuls peuvent servir de sujet pour cette étude. Car l'on ne niera point que les plaies siégeant sur la face vésicale qui n'est pas en rapport constant avec l'urine, ne se réunissent pas plus régulièrement que celles situées sur la face qui fait réservoir. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater que dans la taille hypogastrique aseptique, la plaie suturée réunit 95 fois pour 100 immédiatement ou après quelques incidents insignifiants.

L'idéal pour traiter une fistule vésico-vaginale serait donc de supprimer ce contact de l'urine au niveau de la fistule. Or, il est évident que le cathétérisme répété n'y arrive pas. La sonde à demeure, alors même qu'elle fonctionne bien, ne réussit qu'imparfaitement; sans compter qu'elle joue le rôle d'un agent étranger et contusionnant.

Mais, selon M. Vitrac, on peut mieux faire : il suffit tout simplement de mettre les malades en décubitus ventral. Dans cette position, en effet, le plan déclive de la vessie devient celui de la face antérieure qui, pour les vessies extensibles, fait réservoir au-dessus du pubis; la paroi fistulée n'est pas en contact aussi intime avec l'urine, ou du moins ce liquide n'arrive plus à s'accumuler à son niveau et à presser ainsi sur la plaie opératoire. L'auteur a fait, depuis plusieurs mois, de nombreuses expériences pour démontrer cette proposition. Une solution colorée était poussée par l'un des uretères dans la vessie préalablement fistulisée et munie d'une sonde urétrale. Or, en décubitus dorsal, tout le liquide file par la fistule; dans le décubitus ventral, au contraire, le liquide sort par la sonde urétrale et non par la fistule; vient-on à boucher la sonde urétrale, celle-ci ne laisse passer le liquide que lorsqu'il a déjà en partie distendu la vessie.

La face antérieure forme ainsi un réservoir de 30, 70, 135, etc. centimètres cubes selon les cas. Le décubitus latéral, essayé dans les mêmes conditions, ne donne qu'une capacité de 10, 25, 45, etc. centimètres cubes.

On comprend donc toute l'utilité que peut présenter l'emploi systématique du décubitus ventral. Mais peut-il être employé sur le vivant? A cela M. Vidal répond sans hésitation par l'affirmative, tout en faisant quelques réserves pour les femmes récemment accouchées.

Ne voit-on pas, dans les salles de chirurgie, des brûlées rester des mois entiers et même des années sur le ventre sans en éprouver le moindre inconvénient? Du reste, il serait important d'habituer peu à peu les malades à la position ventrale avant de les y placer définitivement. On pourrait, après la narcose, remplacer pendant quelques heures le décubitus ventral par le décubitus latéral, position imparfaite sans doute, mais à coup sûr préférable au décubitus dorsal habituellement imposé. Ajoutons qu'après la suture on fera mettre les malades sur le dos, toutes les trois heures par exemple, pour uriner, et l'on se guidera pour l'intervalle des mictions ou des cathétérismes sur ce qu'on aura pu apprécier de l'élasticité probable de la vessie.

M. Vidal propose en définitive :

1° Pour toute fistule simple et récente, d'imposer à la malade le décubitus ventral et l'emploi de la sonde, la guérison pouvant s'obtenir sans opération ;

2° Pour toute fistule devant être opérée, d'imposer le décubitus ventral après l'opération ;

3° Le décubitus ventral sera employé après accoutumance préalable ;

4° Pour des vessies non extensibles, on pourra, après suture de la fistule, faire, la compression de la paroi postérieure. R. Blondel.

Accouchements sans douleurs par la méthode du Dr Joire, de Lille) *Anesthésie suggestive* par le Dr Bourdon (de Méru). — *Société d'hypnologie et de psychologie*. Décembre 1899. — B. s'est servi dans deux accouchements du procédé de suggestion indiqué par Joire. Le résultat obtenu a été remarquable, les contractions utérines ont été régularisées, la douleur a été abolie ou diminuée considérablement à la suite de chaque suggestion, les grandes douleurs ont disparu. Les malades n'ont eu, après l'accouchement, aucun énervement, ni aucune trace de fatigue nerveuse. Le procédé est des plus simples ; une main ferme les paupières du sujet, pendant que l'autre est appliquée sur le ventre : en même temps on fait une suggestion verbale « douce, lente, persuasive, sans avoir l'air d'imposer à la malade sa volonté. »

P. Sainton.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien chef de clinique de la Faculté

Incision exploratrice du testicule tuberculeux (in *Revue médicale de l'Est*, 1899, n° 7). — On se souvient des récentes discussions des sociétés savantes au sujet du traitement conservateur ou radical des tuberculomes du testicule. Notons une manœuvre mise en pratique par M. P. André (de Nancy), d'après Poncet et Lejars. Les bourses incisées, la glande mise à nu, on en fait l'incision suivant le grand axe, comme pour le rein. On a pu ainsi trouver un jour une caverne pleine de pus, ce qui indiquait la *castration*, et se borner à suturer l'albuginée pour agir sur les noyaux épididymaires seulement, lorsqu'on n'a rien trouvé dans le testicule lui-même.

A. Benoit.

Protargol dans la blennorhagie du sexe masculin (*Wratch* n° 40, 41 et 42, 1899). — Tipzeph après un exposé des documents déjà publiés sur la question rapporte 25 cas personnels. Sur ces 25 cas il n'y a eu que 8 guérisons ce qui constitue une proportion de 32 0/0 (sur ces 8 malades, 6 étaient atteints de blennorrhagie aiguë, 1 de blennorrhagie subaiguë et 1 de blennorrhagie chronique). Ce résultat est considéré par l'auteur comme suffisant pour affirmer que le protargal ne peut pas être placé au-dessus des innombrables substances thérapeutiques dont on se sert généralement dans le traitement de la blennorrhagie.

Roubleff.

Traitement des néphrites par l'opothérapie rénale (*Thérapeutique moderne russe*, n° 6, 1899). — A la clinique de la Faculté de Kharkoff, il a été fait toute une série d'expériences sous la direction du Pr Obolenski, concernant l'action des préparations de reins d'animaux dans les néphrites et surtout dans les néphrites inflammatoires.

On s'est servi soit de reins crus, soit d'un extrait rénal, soit enfin de la rénaline du Pr Poehl. Les reins crus frais ont été administrés de trois façons : à l'intérieur, sous forme de lavements ou d'injections hypodermiques. A l'intérieur, les reins ont été administrés sous forme de cotelettes de tissu rénal finement haché, assaisonné de sel et de biscuits. Mais les malades ont montré de l'aversion contre ce mode d'administration et si l'on insistait, ils étaient pris de vomis-

sements, ce qui avait pour résultats de suspendre le traitement pour un laps de temps assez long ou bien de l'interrompre tout à fait. On arrive plus facilement à faire avaler aux malades des reins hachés en cachets.

Pour les lavements, on triture le rein avec un volume double de solution physiologique de chlorure de sodium. Pour un lavement on prend habituellement de 60 à 90 grammes de masse rénale triturée; mais malheureusement, les malades (la grande majorité du moins) ne peuvent garder ces lavements assez longtemps. Pour les injections sous-cutanées, on se sert de l'extrait rénal préparé d'après le procédé de d'Arsonval. On en prend pour une injection de 2 à 10 centimètres cubes et l'on augmente progressivement la dose.

Le nombre total des malades soumis à ce traitement a été de 20. Sur ces 20 malades, 7 étaient atteints de néphrite interstitielle; 5 de néphrite parenchymateuse; 8 de néphrite diffuse. Ajoutons encore que dans 10 cas il y a eu des complications. Quant aux préparations employées, elles ont été dans six cas : la rénaline de Pœhl à la dose de 0,25 à 1 gramme — jusqu'à 8 grammes par jour — ce qui correspond à 40 grammes de tissu rénal. Cette préparation est supportée très bien par les malades et ne détermine aucune espèce d'accidents; dans 8 cas, la préparation rénale a été administrée à l'intérieur sous forme de côtelettes ou de cachets. On se sert de reins de porc et de mouton. Les observations ont montré que l'espèce de l'animal n'a aucune importance au point de vue de l'action du médicament. La dose initiale a été habituellement d'une moitié de rein, ce qui fait environ 120 grammes. Toutes les préparations n'agissent pas de la même façon, et les résultats favorables ne s'obtiennent que dans peu de cas; disons à ce propos que les résultats obtenus par Obolenski ne diffèrent pas de ceux obtenus par d'autres auteurs (Dieulafoy, Oaspenski, Schiperovitsch, etc.).

L'action favorable exercée par ces préparations, se résume, somme toute, à la stimulation des fonctions physiologiques du rein, fonctions que la maladie a ralenties; on obtient donc une augmentation de la diurèse et de l'excrétion non seulement des sels urinaires, mais encore des produits de désassimilation : urée, acide urique, etc.

Par l'administration d'une préparation rénale sous une forme ou sous une autre, on introduit en outre dans l'organisme la substance nécessaire pour neutraliser les toxines qui s'accumulent dans l'organisme du néphritique. Ces observations cliniques s'appuyant sur des données expérimentales, permettent de formuler une conclusion sur le rôle physiologique du rein : ce dernier non seulement élimine de l'économie des produits des échanges organiques, mais encore il fournit au sang les substances qui déterminent l'équilibre.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Du traitement des affections aiguës de l'estomac et de l'intestin chez le nourrisson, par E. Schreiber (*Die Ärztliche Praxis*, 1 novembre 1899). — L'auteur rappelle le taux très élevé de la mortalité chez les nourrissons. Il en trouve la raison dans ce fait que les femmes, même les femmes du peuple, allaitent de moins en moins leurs enfants. S'il y a évidemment des cas où cette abstention est légitimée, voire nécessaire, comme la présence de lésions tuberculeuses chez la mère, il n'en est pas moins vrai que le lait de femme est pour les nouveau-nés la seule alimentation rationnelle. Aussi, lorsque la mère ne se trouve pas en état d'allaiter elle-même son enfant, doit-elle recourir aux soins d'une bonne nourrice. Cette pratique constitue la meilleure prophylaxie des gastro-entérites du jeune âge.

De nombreux moyens ont été proposés pour remplacer le lait de femme. Leur nombre en est si grand que le médecin a peine à choisir. Les différentes farines lactées ne peuvent être utilisées dans les trois ou quatre premiers mois, et plus tard elles ne représenteraient pas une alimentation suffisante. Le lait d'animal est le plus apte à remplacer le lait de femme, surtout le lait de vache dilué. D'une manière générale, un lait sera d'autant meilleur qu'il se rapprochera plus du lait de femme. C'est la première condition qu'il faut demander aux laits proposés ces dernières années.

L'auteur a employé une variété de lait dans laquelle il a remplacé une partie de la caséine, assez lourde à digérer, par de l'albumose; il en a obtenu de forts bons résultats dans sa clientèle. Cette modification, qu'il apporte au lait de vache, est du reste facile à exécuter, et n'élève pas le prix de ce lait, ce qui rend son usage pratique dans tous les milieux.

Si la composition du lait est une question de premier ordre, celle de sa stérilisation n'est pas moins importante. L'appareil de Soxhlet a

rendu cette dernière opération fort simple, et il serait à souhaiter que son usage fut plus répandu. De plus, il faut bien savoir qu'il est insuffisant de mettre simplement le lait sur le feu pour le stériliser; il est indispensable de l'y laisser une demi-heure à trois quarts d'heure. En tout cas, on peut éviter l'infection tuberculeuse par le lait, en rejettant impitoyablement tout lait provenant d'une vache présentant des lésions de cette nature.

Dans les deux premiers mois, on donnera du lait à l'enfant toutes les deux heures; ensuite, toutes les trois heures. La quantité totale dans la journée, fixée à 250 grammes dans la première semaine, montera à 600 grammes à la fin du premier mois, à 1000 grammes à la fin du cinquième mois. La nuit, il n'est pas nécessaire de trop allaiter l'enfant, deux fois jusqu'au deuxième mois, le moins possible à partir du quatrième. Enfin, si la mère nourrit elle-même, elle ne prolongera pas l'allaitement plus de neuf ou dix mois.

A partir du sixième mois, on peut commencer à donner quelque nourriture à l'enfant: bouillie, farine lactée, bouillon même, et plus tard jaune d'œuf bien frais. Vers la fin du septième mois, l'enfant arrivera à prendre ces aliments trois ou quatre fois par jour; à ce moment, il sera indiqué de commencer la viande tendre, mais bien cuite et jamais crue. Au bout d'un an, il sera permis de le nourrir de farines de gruau, de sagou, pour aboutir, dans le courant de la seconde année, à un régime mixte, dans lequel les légumes en purée tiendront une grande place.

Tous ces faits sont longuement étudiés par Schreiber qui y consacre une grande partie de son article. Il estime en effet que la mauvaise alimentation représente le facteur étiologique le plus important des troubles digestifs du nourrisson; la meilleure prophylaxie, en même temps que le premier moyen thérapeutique, ce sera donc de l'éviter. Cette notion n'enlève rien du rôle de l'infection des maladies de la mère qui auraient pu être transmises à l'enfant. Mais elle mérite d'être tout particulièrement mise en relief.

C'est donc à l'allaitement maternel que l'auteur accorde la préférence, et à son défaut, à l'allaitement par une nourrice.

L'enfant n'a-t-il pas été élevé de cette manière, et vient-il à présenter les signes de la gastro-entérite aiguë, quel traitement le médecin ordonnera-t-il? Il convient tout d'abord d'éviter la constipation. Le calomel agira dans ce sens donné d'abord à la dose de 0,015 pendant deux jours, puis à celle de 0,005, il sera loisible dans certaines conditions d'aller jusqu'à 0,03 ou 0,05. La pepsine trouve également ses indications, avec l'acide chlorhydrique.

Si les garde-robes sont assez abondantes, les préparations de tannin auront une réelle efficacité, prises après le calomel destiné à lutter contre l'infection intestinale.

L'auteur aborde ensuite la question du lavage de l'estomac. Rationnelle entre les mains de gens expérimentés, cette méthode peut être dangereuse si on ne la connaît pas. On met l'enfant sur les genoux de sa mère, et on enfonce une sonde de Nélaton n° 19 en abaissant la base de la langue avec l'index gauche. On attend à ce moment que l'enfant respirant tranquillement, avale la sonde, et on y adapte alors un entonnoir à travers lequel on laisse passer 30 à 60 centimètres cubes de liquide destiné à permettre de vider l'estomac. Ce liquide est retiré, et l'opération recommence jusqu'à ce qu'il ressorte limpide et clair. Si les cris de l'enfant rendaient cette opération un peu difficile, on attendrait quelque temps et on retirerait un peu la sonde. Le liquide employé est une solution de sel de cuisine à 0,6 0/0 ou une solution d'acide borique à 5 0/0.

Le lavage de l'estomac est plus indiqué encore dans les cas où les lésions gastro-intestinales s'accompagnent de diarrhées abondantes. C'est dans ces formes surtout que Schreiber recommande le lait mentionné plus haut; si, malgré tout, on est forcé d'en rester au lait de vache, on le diluera avec de la tisane d'avoine par exemple ou simplement de l'eau bouillie; celle-ci peut être même pour quelques jours une nourriture exclusive. Les médicaments auxquels l'auteur à recours sont encore le calomel et les préparations au tannin; si l'affection persiste trop longtemps, il y ajoute du nitrate d'argent. Lorsque cette affection donne lieu à des vomissements prolongés et à des diarrhées impossibles à arrêter, différents médicaments sont susceptibles de donner quelque résultat (camphre, teinture d'opium, etc); mais c'est aux injections sous-cutanées de chlorure de sodium à 0,6 0/0 que l'auteur accorde la préférence. Leur pratique et leur efficacité sont telles qu'elles se recommandent d'elles-mêmes. Elles se font plusieurs fois dans la journée, et chaque fois on introduit 50 à 80 ccm. Leur résorption est des plus aisées; bien entendu, elles nécessitent une propreté et une stérilisation minutieuses. Enfin on les poussera lentement, surtout si la dose est un peu forte, pour éviter toute douleur à l'enfant.

Ces diarrhées infantiles ne sont pas toujours sans se compliquer d'inflammation du gros intestin: les selles sont alors presques continues, souvent sanglantes et très fétides; enfin

elles s'accompagnent de ténesme. Les enfants ont de la fièvre, et trop souvent ils succombent à une complication pulmonaire ou rénale.

Le traitement de cette entérite folliculaire, suivant l'expression de Steubner, consiste surtout en lavages de l'intestin pratiqués avec des solutions de tannin et des solutions salicylées. Le nourrisson, les jambes en l'air, est ainsi lavé à l'aide d'un tube intestinal muni d'un entonnoir qu'on emplit et qu'on vide alternativement. Cette thérapeutique n'exclut pas le calomel, le tannin, le bismuth, et bien entendu ne réussit que si on l'aide par une diète convenable.

Enfin la maladie la plus délicate à soigner dans cet ordre d'idées, est la variété qu'on désigne sous le nom de choléra infantile. Le premier point est d'éviter toute nourriture ; l'enfant n'absorbera que de l'eau bouillie avec un peu de thé ou de cognac. On ne négligera pas les lavages d'estomac, et surtout les injections sous-cutanées comme plus haut. On y ajoutera des injections d'éther, de camphre, et enfin des bains à 30° ou 33° avec affusions, frictions, après lesquels on procurera à l'enfant tous les moyens de se réchauffer. Plus tard, si l'enfant va mieux, on recommencera à le nourrir avec du lait donné à doses progressives.

Il est bien évident qu'indépendamment de ces règles générales, le thérapeute n'oubliera pas les complications possibles, et les traitera par les moyens appropriés.

Prosper Merklen.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La photothérapie de Finsen (*Therap. Monatshefte*, janvier 1900). — Bie de Copenhague, assistant de Finsen, s'élève contre l'opinion encore aujourd'hui répandue, que la dermatite causée par la lumière, provient de l'action de la chaleur sur la peau : on sait que les rayons ultra-violets sont pour ainsi dire seuls en jeu, comme l'ont montré les recherches de Widmark et de Finsen ; les rayons violets et bleus ont encore quelque action irritante, mais elle est minime. Il en résulte que les personnes ayant la peau sensible devraient porter des voiles jaunes ou rouges. Partant de ces données, Finsen a voulu s'assurer si les rayons chimiques sont capables non seulement de déterminer une dermatite, mais encore d'aggraver une dermatite déjà existante ; de là ses recherches sur le traitement de la variole, sur lesquelles il est inutile d'insister : il s'agit ici de *photothérapie négative*. La *photothérapie positive*, qui a fait suite à ces constatations, dispose aujourd'hui d'un nombre considérable d'observations probantes : l'action bactéricide appartient aux mêmes rayons chimiques, et peut être utilisée. Il faut concentrer les rayons chimiques, se débarrasser autant que possible des rayons caloriques, provoquer au préalable l'ischémie des territoires cutanés à traiter et éviter les cautérisations. Pour concentrer les rayons solaires, on se sert d'une lentille plan-convexe entre les parois de laquelle on introduit une solution diluée de sulfate de cuivre ammoniacal bleu ; de cette façon on se débarrasse de la presque totalité des rayons à action calorique intense. Si l'on se sert de lumière électrique (lampe à arc de 50 à 80 amp. et enriron 50 volts), le dispositif est plus compliqué. Pour produire l'ischémie et un abaissement de température encore plus marqué, on applique sur la peau un petit appareil plan-convexe en cristal de roche, dans lequel circule un courant d'eau froide et qui comprime la peau. Les rayons bactéricides ne peuvent traverser que des tissus privés de sang.

De suite après le traitement, la peau est rouge et gonflée ; l'inflammation augmente peu à peu et atteint son maximum 12 à 24 heures après. Souvent on voit se former une phlyctène, mais jamais de nécrose.

Jusqu'ici on a traité à l'Institut de Finsen, environ 400 cas de *lupus vulgaire* ; dans 5 cas, le résultat a été peu marqué : dans tous les autres cas, l'amélioration a commencé dès les premières applications et a continué d'une façon ininterrompue. Les 130 premiers cas furent traités par la seule photothérapie : la démonstration de l'efficacité du procédé ayant été ainsi faite, on ajouta, à partir du milieu de la troisième année depuis le début de l'application de la méthode, un traitement local (pommade au pyrogallol). De cette façon, on gagne beaucoup de temps, et l'on obtient une surface cutanée très lisse qui laisse bien mieux passer les rayons. On traite les ulcérations par l'application de compresses à l'eau boriquée pour empêcher la formation de croûtes.

La méthode ayant été rapidement connue dans le Danemark, il en est résulté que ce sont surtout des cas très graves qui se sont présentés à l'Institut photothérapique : tous ont été admis, à l'exception de quelques cas rares chez lesquels prédominaient les lésions des muqueuses, inac

cessibles à l'action des rayons. D'un autre côté, les appareils en cristal de roche, beaucoup plus efficaces, n'ont remplacé que depuis un an environ les anciens appareils en verre. On ne saurait donc, par une statistique comprenant l'ensemble des cas traités, avoir une image exacte de la valeur actuelle de ce procédé thérapeutique.

Les quelques photographies qui accompagnent le travail de Bie sont des plus démonstratives ; elles font surtout ressortir l'absence de toute déformation du visage après guérison du lupus. D'un autre côté, le traitement n'est absolument pas douloureux, et les récidives sont rares et toujours insignifiantes. Le traitement doit toujours être continué jusqu'à ce que toute infiltration ou rougeur de la peau ait disparu. La méthode est très bien acceptée des malades qui ne manquent pas de revenir à l'Institut en cas de récidive, fait à remarquer pour tout spécialiste qui a eu des lupiques à soigner.

Dans le *lupus érythémateux* les résultats sont beaucoup moins nets : le petit nombre de cas traités (une trentaine) n'a pas permis de tirer au clair la cause de différences individuelles considérables au point de vue de l'efficacité de la photothérapie dans cette affection.

La condition *sine qua non* établie par Finsen pour la réussite de sa méthode est que l'affection à traiter soit superficielle, locale et d'origine bactérienne ; l'*alopécie en aires* semblant devoir prendre rang parmi les dermatoses de cette catégorie, on fit des expériences sur sept malades. Les résultats ont été très encourageants et Finsen se propose de traiter même des cas anciens. En tout cas, la nature infectieuse de l'affection semble ainsi démontrée *a posteriori*.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique des bains de boue argileuse (*Thérapeutique moderne russe*, nos 4 et 5). — **Pokrowsky a employé les bains de boue argileuse sous trois formes : 1° bain général ; 2° bain local ; 3° demi-bain.**

Les bains généraux furent employés particulièrement dans les affections rhumatismales ; les demi-bains dans les affections des os et des articulations.

En se basant sur un grand nombre d'observations personnelles, l'auteur croit pouvoir formuler les conclusions suivantes en ce qui concerne la valeur thérapeutique des bains de boue :

1° Les bains de boue argileuse chauds (33 à 37° R.) ont une action thérapeutique incontestable ;

2° L'action thérapeutique du bain de boue argileuse — toutes conditions égales d'ailleurs — ne se distingue apparemment en rien de celle des bains de boue proprement dits ;

3° Les bains de boue argileuse peuvent être employés dans n'importe quelle saison et répétés plusieurs fois par an ;

4° Les bains de composition chimique différente mais ayant les mêmes propriétés physiques, exercent, au point de vue physiologique et thérapeutique, la même action ;

5° Les propriétés physiques de la boue et de l'argile sont très semblables allant jusqu'à l'identité et cela malgré leurs différences chimiques ;

6° Quant à l'influence de la composition chimique sur l'effet thérapeutique, elle n'est pas encore démontrée ;

7° Les bains de boue argileuse et de bains chauds peuvent être employés également dans certaines affections cardiaques, car ils fortifient le myocarde et relèvent les fonctions du cœur.

B. Taft.

Sublimation anormale de caféine sur des grains de kola granulée (*Répertoire de pharmacie*, 10 novembre 1899). — Quentin a constaté qu'au bout de deux mois, il s'était formé sur une provision de kola granulée, un dépôt de filaments blancs que l'examen permit de reconnaître pour de la caféine. Le fait est anormal, la caféine ne se sublimant qu'au-dessus de 278° et la provision de kola granulée étant restée exposée à la seule action de la température ordinaire. Ces filaments présentaient, à première vue, l'aspect de moisissures.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

BRONCHITES CHEZ L'ENFANT

A. Bronchites aiguës.

I. Bronchites superficielles :

Toute bronchite, même très légère, nécessite un séjour prolongé au lit, puis à la chambre.

Au début, pratiquer une legère révulsion en entourant les jambes de *bottes d'ouate*, en appliquant sur le thorax des *cataplasmes sinapisés*.

Combattre la fièvre par la *quinine* administrée sous forme de suppositoires : 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de sulfate de quinine au-dessous d'un an ; 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de 1 à 2 ans ; 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de 3 à 4 ans, pour 2 grammes de beurre de cacao.

Par l'*antipyrine* en lavement dans une ou deux cuillerées à soupe d'eau tiède ou en potion de 1 à 6 mois 0 gr. 05 à 0 gr. 10 ; de 6 mois à 1 an, 0 gr. 10 à 0 gr. 25 ; de 1 an à 2 ans, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 ; de 2 ans à 5 ans 0 gr. 50 à 1 gramme.

La potion suivante contient 0 gr. 10 d'antipyrine par cuillerée à café :

Antipyrine.....	3	grammes
Sirop de fleurs d'oranger.....	20	—
Eau distillée.....	100	—

Combattre la toux au moyen de l'*eau distillée de laurier-cerise* (2 à 5 grammes par jour de 3 à 5 ans), de la *poudre de Dower* (0 gr. 10 à 0 gr. 30 de 3 à 5 ans).

Poudre de Dower.....	0 gr.	20
Sirop de tolu.....	20	grammes
Julep gommeux.....	75	—

Une cuillerée à café toutes les heures.

S'abstenir des préparations d'aconit et de belladone.

Lorsque les râles muqueux deviennent très abondants, prescrire l'*oxyde blanc d'antimoine* à petites doses ou l'*ipéca* en infusion :

Oxyde blanc d'antimoine.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40	
Sucre.....	4	grammes
Gomme adragante	0 gr. 30	
Sirop de fleur d'oranger.....	30	grammes
Eau distillée.....	120	—

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Ou :

Infusion de 0 gr. 30 de racines d'ipéca.....	60	grammes
Sirop de capillaire.....	30	—
Benzoate de soude.....	0 gr. 50	

Une cuillerée à café toutes les heures, puis toutes les deux heures.

II. Bronchites profondes :

Ici le traitement doit consister essentiellement dans l'emploi systématique de la *balnéation chaude*, suivant les règles édictées par le Pr Renaut (de Lyon) : toutes les trois heures, un bain à 38°, de 7 à 8 minutes de durée, jusqu'à disparition des râles, de la congestion pulmonaire et abaissement de la température centrale au-dessous de 39°.

A cette médication fondamentale, on joint l'emploi de la quinine ; quant à l'antipyrine, il vaut mieux ne pas la prescrire, en raison de l'affaiblissement du cœur qu'elle peut entraîner.

Si l'on est appelé à intervenir alors que la bronchite existe déjà depuis plusieurs jours, il peut être utile de débuter par l'administration de l'*ipéca*, donné sous forme de sirop, par cuillerées à café, de dix en dix minutes, jusqu'à vomissement.

Il peut être utile également de donner de l'alcool à petites doses, 10 à 15 grammes au maximum dilués dans un grand verre d'eau, que l'on fera prendre par cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures.

Le traitement des bronchites aiguës secondaires (bronchite grippale, rubéolique, etc.) ne diffère pas de celui qui vient d'être indiqué.

Dans la bronchite grippale, en raison de la dépression particulière des forces, il peut être indiqué d'administrer le *quinquina* sous forme de sirop d'extrait :

Extrait de quinquina...	2	grammes
Terpine.....	1	—
Cognac.....	20	—
Sirop de fleurs d'oranger	30	—
Eau distillée de mélisse.	60	—

Une cuillerée à dessert d'heure en heure.

Dans la bronchite de la coqueluche, plus encore que dans celle des centres, le bain chaud systématique constitue la médication par excellence.

B. Bronchites chroniques

Succédant à la rougeole, à la coqueluche survenant chez les scrofuleux, les rachitiques, les bronchites sont surtout entretenues par un mauvais état général. C'est donc lui surtout qu'il convient de viser.

On s'inquiétera d'autre part des lésions naso-pharyngées (végétations adénoïdes, rhinite hypertrophique) qui sont souvent le point de départ de l'infection bronchique.

On utilisera, pour modifier l'état général, l'*huile de foie de morue*, le sirop *iodo-tannique*, l'*arsenic*, le quinquina.

Sirop de quinquina....	150 grammes
Arséniate de soude....	0 gr. 05

Une cuillerée à café à chaque repas.

Aux enfants de 3 à 5 ans, on pourra administrer la *créosote* comme modificateur des bronches sous la forme suivante :

Huile de foie de morue.	150 grammes
Créosote.....	1 gramme

Une cuillerée à dessert renferme 0 gr. 10 de créosote.

De 15 mois à 3 ans on peut donner 0 gr. 15 à 0 gr. 25 de créosote; de 3 à 5 ans 0 gr. 25 à 0 gr. 50.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas Championnière a repris le jeudi 11 janvier ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu et les continuera tous les jeudis.

Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

Le service municipal de désinfection. — L'administration des affaires municipales étudie un projet de création d'une cinquième station de désinfection qui a été votée, en principe, il y a quelques temps déjà, par nos édiles. Aucune dépense, plus que celle-là, ne mérite d'être consentie avec joie par les contribuables parisiens. Depuis dix ans qu'il fonctionne, ce service a contribué en effet, dans des proportions insoupçonnées du public, a diminuer la mortalité dans la Ville de Paris. Alors que les décès y étaient en moyenne, avant 1892, de 23 pour 1,000 habitants, ils n'atteignent plus 20 pour 1,000.

Ce sont 7.500 à 8.000 vies humaines conservées chaque année, grâce aux mesures prises pour prévenir la contagion des malades transmissibles. On ne s'en étonnera pas lorsqu'on saura que les opérations effectuées depuis l'organisation du service se chiffrent par 63,793 et que, malgré l'élévation de la taxe perçue sur les particuliers pour leur contribution aux frais des désinfections opérées par les étuves municipales, la Ville a encaissé de ce chef une recette de 24,310 francs.

Le dispensaire des Ternes. — Les 12 médecins du dispensaire B. (des Ternes), ont envoyé leur démission collective au maire, à la suite de la résolution suivante, prise par la Commission de la Caisse des écoles :

« L'Assemblée décide qu'à l'avenir, le dispensaire ne s'occupera que des soins à apporter aux enfants fréquentant les écoles laïques et refusera de recevoir les enfants suivant les cours dans une école libre. »

Après quelques pourparlers dans lesquels le maire, M. Cosnac, offrit de *condescendre* personnellement à ce que les autres enfants fussent admis, mais sans que cela leur fut reconnu comme un *droit*, nos confrères ont maintenu leur démission.

Poursuites judiciaires. — Le parquet du procureur de la République a été saisi, d'une affaire grave, pour l'instruction de laquelle M. Bulot a désigné un juge.

Il y a quelques jours un interne M. Alglave attaché à l'hospice des Enfants-Assistés, voulut faire une opération à une fillette atteinte du mal de Pott; l'enfant succomba pendant l'opération.

Le commissaire de police du quartier de l'Hôpital Necker, informé de ce fait, a adressé un rapport au procureur de la République et a fait transporter à la Morgue le cadavre de la petite fille.

La patente des cliniques. — Bien des procès ont déjà eu lieu à ce sujet entre les intéressés, si nombreux aujourd'hui, et l'Etat. Voici la décision du Conseil d'Etat au sujet d'un confrere qui eut la patience d'aller jusque devant cette ultime juridiction.

« Le sieur V... sera imposé au rôle de la contribution des patentes de l'année 1895 dans la Ville de Paris, pour l'établissement sis rue D... 18, en qualité de médecin, au droit proportionnel calculé au taux du douzième, d'après une valeur locative de 1.275 francs, et comme tenant une maison particulière de santé, au droit fixe et au droit proportionnel du cinquantième, d'après une valeur locative de 1.275 francs.

« Il est accordé au sieur V... décharge de la différence existant entre la contribution à laquelle il avait été primitivement assujetti et celle dont il demeure passible en vertu de la présente décision.

« L'arrêté du Conseil de préfecture du département de la Seine est réformé en ce qu'il a été contraire à la présente décision. »

Il résulte donc de cet arrêt que, tout médecin qui possède un établissement consacré, pour partie à une clinique, et pour partie à une maison de santé, doit être imposé : 1° en qualité de médecin, au droit proportionnel calculé au taux du douzième d'après la valeur locative de la partie des locaux destinés à la clinique ; 2° comme tenant une maison de santé, au droit fixe et au droit proportionnel du cinquantième d'après la valeur locative des locaux destinés à sa maison de santé.

L'hygiène des chemins de fer. — L'alcoolisme à la vapeur : Les Wagons-Bars dans les chemins de fer. — Nous apprenons que M. A. Sarteaux, ingénieur en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord, s'est toujours montré nettement opposé à l'admission des wagons-bars dans les trains circulant sur le réseau du Nord.

Les voitures-bars, qui sont actuellement remorquées par les trains de la Compagnie de l'Ouest, assurant un service circulaire entre Paris Saint-Lazare et Paris Nord, sont même détachées de ces trains à leur arrivée à la première gare Nord (Sannois) et reprises à cette gare dans le sens du retour.

BIBLIOGRAPHIE

La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections. par MM. H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et O. Josué, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (n° 21 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, Dr Critzman, directeur), 1 brochure grand in-8° avec figures dans le texte. Masson et Cie, éditeurs, 1 fr. 25.

La moelle osseuse exerce dans l'économie générale des fonctions aussi nombreusses qu'importantes. Latente à l'état normal, l'activité de la moelle osseuse acquiert dans les infections ou les intoxications une force nouvelle et la prolifération des cellules médullaires donne naissance aux leucocytes, qui jouent un rôle si important dans la lutte de l'organisme contre les agents

pathogènes. MM. Roger et Josué ont exposé avec une clarté remarquable dans ce travail d'ensemble, l'histoire sysiologique et pathologique de la moelle osseuse. Après l'avoir étudiée complètement à l'état normal, les auteurs exposent, dans un chapitre spécial, les résultats obtenus par voie expérimentale et dont l'importance pratique est considérable. La fin du travail est consacrée aux réactions et lésions de la moelle osseuse dans les infections.

Cette monographie met au point une des questions les plus actuelles de la science médicale. Le savant comme le médecin y trouveront le chapitre complet de pathologie générale qui manque jusqu'à présent d'une manière absolue.

De l'Influence antimalarique de la chaux, par le Dr E.-J. Grellet. Paris, Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

L'auteur demande à l'Académie de Médecine de vouloir bien, avec la haute autorité qui lui appartient, provoquer une enquête, dans le but de contrôler les trois propositions suivantes :

1° Une immunité à peu près complète à l'égard de la malaria existe pour les pays dont les terres contiennent naturellement, dans leurs couches superficielles, une forte proportion de chaux, de même que pour les boues, vases et limons riches en calcaire.

2° Les fleuves, rivières et ruisseaux coulant dans un bassin calcaire sont, en général, exempts de malaria, à leur embouchure comme sur tout leur parcours.

3° Dans les régions éprouvées par la malaria, l'immunité, relativement à cette endémie, peut être obtenue artificiellement par l'addition d'engrais, d'amendements, notamment par la chaux incorporée aux couches superficielles du sol.

Il faut se garder, bien entendu, de donner aux propositions ci-dessus une signification trop absolue, que les sujets de ce genre ne comportent guère; car, en raison de la complexité des éléments en présence, il est permis et raisonnable de supposer que, suivant les pays, les milieux, etc., certaines influences soient susceptibles de se masquer, de s'atténuer ou de se neutraliser les unes les autres plus ou moins complètement; ce qui n'empêche pas, au fond, de dégager l'idée générale du rôle antimalarique de la chaux.

Le Paludisme à Paris, par le Dr Manuel Vincente. Paris, 1899. in-8° de 120 pages. Masson, édit.

La brochure du Dr Vincente aborde les points les plus importants de l'histoire du paludisme. Désireux de montrer tous les traits qui rapprochent le paludisme tel qu'on le voit à Paris de la fièvre paludéenne des pays chauds, l'auteur étudie complètement l'histoire naturelle de l'hématozoaire de Laveran.

Non seulement celui-ci se présente sous des aspects très variés, mais on trouve encore anormalement dans le sang beaucoup de corps figurés se rapprochant plus ou moins de ceux de la malaria : c'est ainsi que M. Vincente en signale au cours de la chloro-anémie, dans certains états hépatiques, etc. Mais tandis que l'hématozoaire de Laveran est rare et difficile à trouver, les autres corps figurés sont volumineux et aisés à reconnaître.

Le côté clinique n'est pas négligé : des observations sont éparses dans ce volume (hystérie paludéenne, chloro-anémie, etc.). Le rôle de la quinine y est enfin envisagé comme il convient.

Dans le dernier chapitre, l'auteur aborde un des problèmes les plus intéressants de la pathologie générale, celui de la défense naturelle de l'organisme, et signale les principaux stades de la phagocytose.

Prosper Merklen.

Nlle Imprimerie, B. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR 1899.

Prix Théodore Herpin. — Mentions honorables à :

M. P. Ardin-Delteil, de Montpellier (L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité);

M. M. Faure, int. des hôp. de Paris (L'épilepsie. Les délires. La confusion mentale et les psychoses toxi-infectieuses).

Prix Laborie. — 5000 francs. — Un prix de 1500 fr. à M. H. Delagénière, du Mans, pour sa chirurgie de l'utérus;

Un prix de 1500 fr. à M. Jeannet. prof. de clin. chir. à la Faculté de médecine de Toulouse, pour sa chirurgie de l'intestin;

Un prix de 1000 fr. à M. E. Cestan, profes. agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse (La thérapeutique des empyèmes).

Deux récompenses de 500 fr. à :

MM. Letulle et Weinberg. de Paris (Recherches histo-pathologiques sur les appendicites) ;

M. Ed. Loison, méd.-major de 2e cl., prof. agr. au Val-de-Grâce (Des blessures du péricarde et du cœur et de leur traitement).

Mentions honorables à :

MM. M. Peraire et F. Mally. de Paris (Des formes de la métatarsalgie (névralgie de Morton) e de son traitement chirurgical);

M. Z. Samfiresco, prof. de méd. opér. à la Faculté de médecine de Jassy (Amputations ostéoplastiques appliquées dans la continuité des os longs);

M. Ad. Sechchaye, de Genève (Localisation des corps étrangers au moyen des rayons Rœntgen).

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — A M. G.-A. Reynaud, médecin en chef des colonies (Considérations sanitaires sur l'expédition de Madagascar et quelques autres expéditions coloniales.

Mention très honorable à MM. O. Arnaud, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 12e corps d'armée, et P. Lafeuille, médecin aide-major de 1re classe au 63e d'infanterie à Limoges (Statistique, étiologie et prophylaxie de la tuberculose dans l'armée).

Prix Laval. — 1000 francs. — A M. F.-J Mallet étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre. — 1800 francs (Triennal). — Question : De la mélancolie.

Le prix n'est pas décerné.

Récompense de 1000 francs à MM. H. Dufour et Rogues de Fursac, de Paris.

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — A. M. P. Tissié, de Bordeaux (Les rêves ; physiologie et pathologie ; mémoires divers).

Mention très honorable à M. P. Dheur, d'Ivry-sur-Seine (Hallucinations volontaires, etc).

Prix Meynot, aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix.

Encouragements de 1000 francs à :

M. B. Scrini, de Paris (Les collyres huileux).

M. de Brudzewski, de Lemberg (Autriche) (L'influence de la forme de la cornée sur l'aberration de sphéricité de l'œil).

Mentions honorables à :

MM. E. Nicolas, vétérinaire en second au 6e hussard, et C. Fromaget, ancien chef de clinique ophtalmoscopie à la Faculté de médecine de Bordeaux (Précis d'ophtalmoscopie vétérinaire).

M. E. Rollet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon (Traité d'ophtalmoscopie).

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — L'Académie partage le prix entre M. J. Lignières, chef des travaux de police sanitaire à l'Ecole d'Alfort, en mission à Buenos-Ayres (Contribution à l'étude des pasteurelloses), et M. R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine des hôpitaux de Paris (Hygiène publique et privée en Abyssinie).

Mention honorable à MM. Cognacq, médecin de 1re classe des colonies (La lèpre en Cochinchine).

Prix Nativelle. — 300 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont. — 1000 francs. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

A M. à E. Lesné, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal. — 600 francs. — Question : Etudier sur les animaux l'inoculation du cancer.

L'Académie n'ayant pas reçu de travail pour ce prix remet la question au concours pour 1902.

Prix Pourat. — 700 francs. — Question : Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.

Le prix n'est pas décerné.

La même question est remise au concours pour 1902.

Prix Phillippe Ricord. — 600 francs. (Biennal). — L'Académie partage le prix entre M. Ed, Fournier, chef de clinique de la Faculté de Paris (Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis), et M. L. Julien, chirurgien de Saint-Lazare (Blennorragie et mariage).

(*A suivre.*)

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Récentes Publications

LES MOUVEMENTS METHODIQUES ET LA " MÉCANOTHÉRAPIE "

Par le Dr **F. LAGRANGE**, lauréat de l'Académie des Sciences et l'Académie et de Médecine
1 volume in-8°, avec 55 gravures dans le texte..... **10 fr.**

GENÈSE & NATURE DE L'HYSTÉRIE

Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris
2 volumes grand in-8°..... **20 fr.**

L'AUDITION ET SES ORGANES

par le Dr **E. GELLÉ**, 1 volume in-8°, avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **6 fr**

NÉVROSES ET IDÉES FIXES

PAR

le Dr F. RAYMOND
Professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière

le Dr Pierre JANET
Directeur du Laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
Chargé du Cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne

I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le docteur **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 68 fig, dans le texte..... **12 fr.**

II. *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par les docteurs **F. RAYMOND** et **Pierre JANET.** 1 vol. grand in-8°, avec 97 fig. dans le texte..... **14 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**
1 volume grand in-8°, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **25 fr**

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement, par les bains froids, de la fièvre typhoïde chez les enfants

par M. F. Glénard,
Correspondant de l'Académie de médecine.

(*Suite et fin*)

V

D'où vient donc que, bien inopinément, une contre-indication surgit aujourd'hui, tirée de l'âge des malades ? Chez les enfants, nous dit-on, le traitement par les bains froids est contre-indiqué, parce que, chez eux, il provoque le collapsus.

Tout d'abord, il est remarquable qu'aucun des auteurs qui ont recouru à l'application méthodique des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde infantile, n'aient rencontré cette complication chez leurs petits malades ; c'est en vain qu'on la chercherait dans leurs écrits.

Bien plus, si parmi les maladies infectieuses de l'enfant, qui sont justiciables des bains froids, il en est une dans laquelle doivent être redouté les collapsus au moment du choc ou du refroidissement produit par le bain froid, c'est bien, certes, la pneumonie, cette maladie qui, par elle-même, constitue déjà un danger pour le cœur et qui tue par surmenage de cet organe. Or, aucun des nombreux auteurs qui, depuis trente ans, ont publié le résultat de leurs observations de pneumonies infantiles traitées par les bains froids, n'a vu survenir le collapsus. N'est-ce pas à Paris même, déjà en 1895, que MM. Comby (1) et Sevestre (2), ont à leur tour, vanté l'efficacité des bains froids, précisément chez les enfants, contre la pneumonie, alors que de leur côté, Barth (3) et Juhel-Rénoy, vers la même époque, confirmaient la valeur de ce traitement, vanté à Lyon par Gignoux (4) dans la pneumonie des adultes ? Or, il n'est pas question de collapsus sinon pour constater qu'il n'y en a pas eu.

Dans ma pratique personnelle, j'ai soigné beaucoup d'enfants par les bains froids, je n'ai jamais observé de collapsus qu'une seule fois et chez mon propre enfant qui, à l'âge de 19 mois, en 1884, fut atteint de pneumonie infectieuse. Ce ne fut pas l'incertitude du diagnostic les premiers jours, mais ce fut l'opposition formelle de très dévoués confrères, qui voulurent bien m'assister, qui me firent intervenir par les bains beaucoup trop tard, le dixième jour seulement, alors que la situation était considérée comme perdue, alors que, en dépit des lavements froids, des lotions froides, de la quinine, des boissons

(1) Comby, Traitement de la pneumonie franche par les bains froids chez les enfants. *Soc. med. hôp.*, mai 1895.
(2) Sevestre, *Ibid.*
(3) Barth. Traitement de la pneumonie grave par les bains froids. *Bull. Soc. med. hôp.*, juin 1890.
(4) Gignoux. Observations de pneumonies traitées par les bains froids. *Lyon médical*, 1883.

alcooliques, l'ataxoadynamie avec perte de sensorium battait son plein, avec température opiniâtre autour de 41°, pouls à 130, respiration à 80. A deux reprises déjà j'avais eu à combattre une syncope, par l'injection sous-cutanée de 1 gramme d'éther (en 1884), je donnai enfin un bain, contre l'avis de tous, 32° dix minutes, bain trop chaud ; mon enfant prit un syncope au sortir du bain, injection d'éther. On ne me laissa plus recommencer, bien que je me fusse rendu compte plus tard que c'était non pas le bain qui avait causé la syncope, mais le fait d'avoir levé l'enfant, car il en reprit une, deux jours après, lorsqu'on le redressa pour faire son lit. Les bains avaient été remplacés par l'application ininterrompue de vessies de glace sur la tête, le thorax et l'abdomen. Le quinzième jour, la situation ayant été prolongée jusque-là avec toute sa gravité, l'enfant fut saisi sans cause, à 1 h. 1/2 du matin, d'une atteinte de collapsus : le pouls ne bat plus, la respiration est imperceptible, les doigts sont violacés, le nez et les lèvres bleuâtres, l'œil morne et stupide, la température est tombée à 36° ; on attend la mort d'une minute à l'autre, c'est le collapsus agonique, une injection d'éther a été inutile. A la limite apparemment la plus extrême, je tente une seconde injection, L'effet tient du miracle : la température se relève, le pouls reparaît, le facies s'anime. Quinze minutes après l'injection, l'enfant buvait un potage de farine lactée, le premier aliment que depuis huit jours il ait pu ingérer : une heure après il s'endormait d'un sommeil paisible. Il était sauvé. Aujourd'hui il est étudiant en médecine distingué, à Paris.

L'observation d'une telle maladie que j'ai suivie heure par heure, jour et nuit, pendant trois semaines et dont la relation avec son triple tracé a été publiée dans la thèse de mon ami le Dr Lacour (1), a été plus instructive pour moi que si j'eusse soigné et guéri 100 pneumonies infantiles par les bains froids systématiquement appliqués, comme j'eus depuis maintes occasions de le faire. Avec ce traitement, je n'eusse pas eu une minute d'angoisse, pas l'ombre d'une complication, car il eût prévenu, par son action stimulante et réfrigérante, la déroute du cœur. L'eau froide est le meilleur tonique du cœur. Mais cette observation m'a également appris de quelle importance sont, pour le cœur, les alcooliques et en particulier l'éther, importance sur laquelle a tant insisté Jürgensen (2) dans la pneumonie, concurremment avec les bains froids qu'il applique systématiquement contre cette maladie. Enfin elle m'a appris que le collapsus, tout au moins chez les enfants, quand on n'a pas su le prévenir, pouvait être efficacement combattu même à la minute où il semble devoir être mortel, qu'il n'est par lui-même ni une conséquence de bain froid, ni une contre-indication à son emploi, mais son apparition indique à coup sûr que le froid n'a pas été appliqué assez tôt.

Mais si le bain froid ne cause pas le collapsus chez l'enfant, n'est-ce peut-être pas le bain trop froid pour un cas donné, le bain dont le choc sur le cœur a été trop violent?

Jürgensen (3) a relaté en 1872, l'observation suivante : « Jusqu'où on peut aller avec les bains froids, je l'ai expérimenté de la façon la plus saisissante, lorsque ma propre fille, âgée de 19 mois, fut atteinte, pour la troisième fois en peu de temps, d'une pneumonie grave ; les températures dépassaient 41° et remontaient si rapidement après des bains de 20° que je me vis dans la nécessité d'abaisser la température du bain de 8 à 10 degrés et d'en fixer la durée à dix minutes ; mon enfant a guéri, sans que survînt une seule fois la moindre menace de collapsus pendant l'application réitérée de ces excessives

(1) F. Glénard *in* Lacour, *De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants*. Th. Paris, 1884.

(2) Jürgensen. *Grundsätze für die Behandlung der croupösen Pneumonie* Tübingen, 1883, p. 301.

(3) *Loc. cit.*

soustractions de température. Plus tard, j'ai eu de nombreuses occasions de traiter des malades de la même façon. Je n'ai pas eu à en déplorer les conséquences ».

Rapprochons de cette observation celle de mon regretté ami Daniel Mollière, et qui est citée in-extenso dans le livre de Tripier et Bouveret (1), où il faut la lire. Mollière, au cours d'une excursion en Suisse, à 900 mètres d'altitude, avec son fils âgé de 5 ans, n'hésita pas devant les signes devenus brusquement évidents, d'une fièvre typhoïde jusque-là masquée chez cet enfant, à le descendre de l'âne, sur lequel il se laissait traîner, et de se plonger avec lui durant trois à quatre minutes dans le torrent qu'ils cotoyaient, qui charriait des glaçons et dont l'eau devait avoir 6 à 8° : « Je suis sorti de l'eau, dit-il, le corps violacé; le petit malade, au contraire, avait repris son aspect normal. Il est redescendu gaîment à pied. Il a donc fait une course de deux heures. Je suis rentré persuadé que tout était fini. Nuit agitée, selle involontaire, le matin photophobie, gargouillement iliaque. Un nouveau bain froid est donné dans un torrent voisin de l'hôtel. Il nous permet d'arriver à Genève », où l'on donne encore trois bains en neuf heures; puis à Lyon, où les bains furent continués jusqu'à guérison. « Mon fils, dit-il en terminant, a donc pris 23 bains, sans compter les bains pris dans les torrents et à Genève. Débutant par des vomissements, de la photophobie, des phénomènes cérébraux, la dothiénenterie paraissait devoir être d'une extrême gravité. Je n'oublierai jamais la rapidité avec laquelle l'enfant sortait du coma après chaque bain, jamais surtout la véritable résurrection lorsque, désespéré, je l'ai plongé dans l'eau glacé du Salvan ».

Quioc (2) cite un cas de grippe infectieuse, chez une enfant âgée de 10 ans, dans lequel, se croyant en présence d'une fièvre typhoïde, il formule la prescription de donner des bains de 25° et 10 minutes tous les trois heures, sans mentionner, ne pouvant le supposer encore nécessaire, la limite de la température rectale au-dessous de laquelle le bain ne devrait pas être adminisiré. La défervescence ayant eu lieu le lendemain matin à 7 heures, l'enfant, dont la température n'était que de 37°, prit néanmoins un bain. La température rectale tomba à 35,9. Il n'y eut aucune conséquence fâcheuse. La fièvre ne reparut plus; l'enfant, fut trouvé guérie le lendemain; la convalescence n'exista pour ainsi dire pas.

L'abaissement de la température rectale chez les enfants atteints de fièvre typhoïde est en moyenne, après un bain de 20 à 22° et de 10 minutes, de 2° à 2,5 parfois 3°; la température s'abaisse encore de 2 à 3 dixièmes pendant les vingt minutes qui suivent le bain; à ce moment se termine le frisson qui a débuté dans le bain vers la cinquième minute, puis elle remonte graduellement; une heure après le bain, elle est de 1°,5 plus haut; deux heures après, elle a atteint le degré qui précédait la mise au bain trois heures avant.

J'ai observé avec Gignoux un enfant chez lequel la température après le bain tomba à 32°. Bouveret a cité un cas où elle s'abaissa à 30°. Il n'y eut de suite fâcheuse ni dans l'un ni dans l'autre cas, et les deux enfants guérirent. Les bains ne furent d'ailleurs pas interrompus, la prescription fut seulement mieux réglée pour les bains suivants.

Concluons donc que, pas plus que le choc violent de l'eau trop froide, la réfrigération exagérée n'entraîne facilement, par elle-même, des accidents de collapsus chez les enfants, pas plus facilement en tous cas que chez l'adulte, dont le cœur est au contraire, ou a bien des chances d'être moins robuste que celui des enfants, par le fait de maladies antérieures.

(1) *Loc. cit.*
(2) Quioc. *Bourgogne médicae*, sept. 1899.

« Je n'ai jamais nié, dit Jürgensen (1), la possibilité que les bains froids puissent causer du collapsus... Aux remarques olympiennes du critique Monsieur Petersen, aux pauvres assertions drapées d'un vêtement aux couleurs de physiologie qu'émet M. Baginski, à savoir que les adultes et surtout les enfants supportent mal de plus fortes soustractions de température, j'oppose mon expérience de vingt années qui s'étend sur plusieurs centaines de cas : des faits, non des théories. »

VI

Mais MM. Variot, Devé, Barbier et Méry ont observé des cas de collapsus, ou tout au moins des menaces, chez les enfants typhoïdiques traités par les bains froids, et ils ont été assez impressionnés pour avoir renoncé à l'application de ce traitement, et M. Méry pour ne le conserver qu'en lui associant les injections de strychnine.

Comment expliquer la contradiction de leur pratique avec les faits qui précèdent, avec la pratique des autres médecins qui emploient systématiquement les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants ?

En l'absence d'observations détaillées, nous disant à quelle date de la maladie a été donné le premier bain, quelles en étaient la température et la durée, quels étaient le pouls, la respiration, la température du petit collabé, quel était le mode d'alimentation, je crois pouvoir soumettre les interprétations suivantes :

Ou bien on a trop attendu et le traitement par les bains froids a été institué parce que la maladie était devenue grave, et alors le cœur affaibli a mal supporté le choc de l'eau froide ou la réfrégiration, si surtout quelque stimulant cardiaque, tel que le vin ou l'alcool, si indiqués en pareil cas, n'ont pas été administrés avant le bain. Les symptômes graves qui acculent au traitement par les bains froids les médecins pour lesquels ce traitement n'est qu'une ressource extrême, ne deviennent inquiétants dans la fièvre typhoïde que vers le dixième ou le douzième jour, précisément à l'époque où débute la myocardite (2). Dans la pneumonie, au contraire, les symptômes qui motivent les bains froids éclatent vers le quatrième au cinquième jour, bien avant que le cœur soit atteint.

Ou bien les bains ont été donnés trop chauds et ces bains, en abaissant tout de même la chaleur fébrile, ont manqué d'action stimulante sur le cœur, ont contribué au contraire à lui enlever cette part d'excitation qu'est pour lui la chaleur fébrile elle-même, part d'excitation qu'eût remplacée le choc de l'eau froide. Peut-être l'affusion froide sur la tête, qui, par son action stimulante, joue un rôle aussi important que l'action réfrigérante du bain, et qui doit être d'autant moins négligée que le cœur est plus atteint, a-t-elle été oubliée ou faite avec de l'eau trop chaude par la garde-malade.

Ou bien le collapsus a été plus impressionnant que réellement sérieux.

En tous cas, la conclusion à tirer de la complication habituelle de collapsus dans des fièvres typhoïdes traitées par une méthode de traitement de bains froids, c'est que cette méthode n'est pas la méthode de bains froids qui convient, c'est qu'elle n'a pas été systématisée. Henoch, qui ne donne à ses enfants typhoïdiques que deux bains par vingt-quatre heures, et de 30 degrés pendant cinq à huit minutes, et seulement quand la T. R.

(1) Jürgensen. *Zür Pathologie und Therapie der croupœsen Pneumonie.* Tübingen, 1883, p. 301

(2) Pouillot. *Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde chez l'enfant.* Th. Paris, 1893. Sur les 9 cas de mort de myocardite observés par l'auteur dans le service de Moizard, chez des enfants typhoïdiques de huit à quatorze ans, 5 seulement avaient été baignés ; les bains étaient de 32 degrés et dix minutes toutes les trois ou cinq heures et seulement au-dessus de la T. R. de 40 degrés.

dépasse 40 degrés, a eu 9 morts par collapsus sur 152 enfants. Or, il est une autre méthode de bains froids avec laquelle on ne voit jamais survenir de collapsus.

L'expérience, ou, si l'on veut, l'empirisme, a appris à quel degré, de quelle durée, de quelle fréquence, à partir de quelle période de la maladie, il fallait donner des bains froids pour assurer leur efficacité et éviter les complications. L'expérience a appris que les bains devaient exercer une action combinée réfrigérante et stimulante, que, pour cela il fallait, chez l'adulte, le donner toutes les trois heures, jour et nuit, à 20 degrés et durant quinze minutes chaque fois, en accompagnant chaque bain d'une affusion trois fois répétée d'eau à 15-16 degrés sur la tête et les épaules.

L'expérience a appris que, pour que le traitement soit efficace, à l'action stimulante du choc brusque de l'eau froide, devait être combinée l'action réfrigérante due à son contact prolongé avec le corps, peut-être parce que l'abaissement de la température fébrile est nécessaire pour que la stimulation soit suffisante. En tout cas l'expérience a appris que le degré de l'hyperthermie avant le bain, le degré de la réfrigération du corps après le bain étaient des guides pratiques sûrs pour la thérapeutique, et que, par conséquent, le thermomètre était le criterium suffisant pour la formule d'emploi de l'eau froide, dans tous les cas non compliqués.

L'expérience a appris que, plus tôt on donnait, après le début de la maladie, de pareils bains, plus on avait de succès, mieux on mettait le malade à l'abri de toute complication, que par conséquent, c'était un vrai traitement prophylactique, ne s'attaquant pas à la cause du mal, mais à la cause de ses complications et se bornant à donner le temps à l'organisme, dont il exalte les moyens de défense, dont il maintient toutes les fonctions, de lutter contre le principe infectieux et d'en triompher; c'est donc en même temps une action pathogénique.

Un tel traitement est efficace parce qu'il combat les deux symptômes fondamentaux de la maladie; l'hyperthermie et l'hypothermie, et ce sont bien les symptômes fondamentaux, puisqu'ils suffisent, dans tous les cas, à caractériser la maladie, puisque le traitement qui les combat, combat tous les autres symptômes et se trouve être le traitement qui guérit.

Ces symptômes fondamentaux existent chez les enfants aussi bien que chez les adultes : la maladie a un système pour s'exprimer, rien d'étonnant qu'il soit besoin d'un système pour la traiter. Le traitement par les bains froids doit donc être systématique, puisque c'est à cette condition qu'il est efficace, de même que le traitement par la quinine ou le mercure, dont nous nous expliquons beaucoup moins les bons effets et qui agissent peut-être directement sur l'agent même de la maladie, doit être systématique contre l'impaludisme ou la syphilis.

Il n'y a pas plus de motifs pour ne pas donner les bains froids aux enfants que pour n'en pas donner aux adultes, pas plus qu'il n'y en a pour priver les enfants de quinine ou de mercure si leur maladie l'exige. Il n'y a qu'une question de doses.

Quelles sont les doses auxquelles il faut donner les bains froids chez les enfants pour assurer leur action stimulante et réfrigérante?

L'expérience a appris que le bain, toujours avec affusions froides, devrait avoir soit 25° et durer dix minutes, soit 22° et durer huit minutes, la température devant encore être abaissée et la durée augmentée, suivant indication, et que ces bains devaient, comme chez l'adulte, être administrés dès le début et jusqu'à la fin de la maladie.

« Je signale, dit Brand (1), — et tous les médecins expérimentés avec l'usage de l'eau

(1) Brand. *Loc. cit.*, p. 144.

froide souscriront à ces paroles — je signale ce trait particulier, que les enfants préfèrent beaucoup, et beaucoup plus que les adultes, aux bains plus chauds et de plus longue durée, les bains plus froids et plus courts, et supportent même facilement un bain de 12 à 15 degrés. Ce n'est donc pas du tout les soigner suivant leur désir que de choisir, pour l'eau du bain, des températures plus élevées; mais ce qui est une faute, qui malheureusement est habituelle, c'est de donner des bains plus chauds durant un temps plus court. Dans des bains pareils, les enfants sont récalcitrants et, comme ces bains sont inutiles. on tourmente les enfants sans les soulager. L'enfant doit, aussi bien que l'adulte, être maintenu apyrétique par l'eau froide.

Pour moi, je préfère le bain de 22°, et dix minutes, avec affusion froide, répétée trois fois, toutes les trois heures, tant que la température rectale, prise avant le bain, atteint ou dépasse 39°. Lorsque la température est entre 38° et 39°, le bain sera donné d'autant de minutes de durée que le thermomètre marquera de fois deux dixièmes au-dessus de 38°. Si le cœur est suspect, on donnera avant et après le bain une cuillerée de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne suivant les cas; s'il y a menace de collapsus, l'affusion sera plus froide, le bain plus court, et l'on frictionnera, l'on massera l'enfant durant le bain, on le réchauffera après le bain; on fera une injection d'éther si c'est nécessaire. Dans aucun cas, tant que la température avant le bain atteint 39°, on ne suspendra l'usage de l'eau froide; chaque bain nouveau éloigne le danger du collapsus.

Une fois revenu, ou s'il est nécessaire, rapporté dans son lit, l'enfant ne doit pas être réchauffé (sauf le cas de collapsus), il prendra son repas liquide de lait, potage de gruau. vermicelle, tapioca très cuits, farine lactée, céréaloser, bouillon de graisses et vingt-cinq minutes après le bain ,on prendra la T. R. pour se rendre compte de l'effet du bain.

Je n'insiste pas ici, sur les préceptes très connus, de commencer le traitement par un bain chaud (32°) et d'arriver graduellement en 12 heures c'est-à-dire pour le quatrième bain à la température requise, de faire boire souvent si la langue est sèche, d'appliquer compresses et parfois vessie de glace sur l'abdomen, s'il y a diarrhée ou météorisme, de donner lavements froids, ou petites doses de sulfate de soude, si la constipation persiste, de ne supprimer les bains en aucun cas de complication quelle qu'elle soit, sauf la péritonite.

A la fin de la maladie, le petit malade pourra se lever et marcher lorsque pendant quatre jours, la T. R. n'aura pas dépassé 38°, on pourra alors lui donner des aliments solides, du pain, des œufs, de la viande. Dans ma pratique je fais commencer les œufs, et la viande crue, une fois par jour, dès que la T. R. n'atteint plus 39°. Après les quatre jours au-dessous de 38°, la T. R. sera mesurée encore pendant deux jours toutes les trois heures, puis, pendant les deux jours suivants, matin et soir. L'enfant est alors guéri, sa convalescence ne dure guère plus de huit jours après celui depuis lequel il ne dépasse plus 38°.

Tout marche moins bien lorsque le traitement même le plus méthodique, n'est appliqué qu'à une période avancée de la maladie, néanmoins son efficacité dans ces cas, est infiniment supérieure à celle de n'importe quelle autre médication, et il est moins dangereux. Dans des cas pareils, comme dans les cas de complications, il faut individualiser, mais toujours en luttant entre l'hyperthermie et l'hypothermie. Les bains feront la part du feu en décuplant la résistance de l'organisme; des résurrections seront parfois opérées.

Pour la technique de l'application à l'eau froide, tant dans les formes irrégulières compliquées, que dans la forme régulière (celle qu'on a pu traiter dès le quatrième ou

cinquième jour) je me permets de renvoyer à l'étude dans laquelle j'ai longuement exposé ce sujet dans tous ses détails (1).

M. Coutenot (2), professeur à l'École de Besançon, a publié la relation d'une fièvre typhoïde chez une enfant de 13 ans, que j'ai été appelé à traiter dans cette ville, avec lui et M. Bruchon, dont les derniers mois de 1886. C'était le douzième jour de la maladie, l'enveloppement froid avait été inefficace. La situation paraissait perdue, l'enfant était dans le coma, avec les extrémités froides, le pouls filiforme, les symptômes d'une l'ataxoadynamie « devant être très probablement fatale », à leur summum, l'état tellement grave enfin que mes honorés confrères refusèrent de partager avec moi la responsabilité du premier bain froid (que je fis prendre cependant devant eux), persuadés que le bain déterminerait un collapsus mortel. Le bain une fois terminé, en présence des signes évidents d'atténuation des symptômes alarmants produits par le bain, ils voulurent bien reprendre courtoisement et sincèrement leur part de responsabilité. La petite malade fut parfaitement guérie sans aucun incident, mais après une lutte, dont la durée fut en rapport avec l'état presque désespéré au moment de l'intervention si tardive des bains froids, appelés comme ressource suprême. Près de 300 bains, durent être administrés ; la fièvre dura quarante-cinq jours. Que d'angoisses eussent été évitées à cette famille, si la maladie de cet enfant eût été traitée dès le début par la méthode systématique des bains froids !

Lorsque la fièvre typhoïde est traitée à une date peu éloignée du début, dès que le diagnostic de fièvre typhoïde est probable, lorsqu'il n'y a encore menace de localisation, la durée de la maladie est réduite à son minimum, son évolution est bénigne, et la technique du traitement par les bains froids est très simple, elle est beaucoup plus simple qu'on ne se l'imagine communément, son efficacité est certaine. Toutefois, faut-il encore qu'il soit correctement administré ; s'il est confié à des garde-malades, ceux-ci doivent être surveillés et contrôlés, comme cela se fait pour tout autre traitement. Cette recommendation a tout spécialement sa raison d'être s'il s'agit de malades traités dans une salle d'hôpital.

Le médecin qui connaît l'efficacité du traitement systématique par les bains froids lorsqu'un de ses enfants est frappé par une fièvre d'apparence grave, dont le diagnostic est encore incertain, voit l'angoisse qui l'opprimait se dissiper brusquement, comme cela m'est arrivée avec ma fillette de cinq ans, aussitôt que le diagnostic de fièvre typhoïde devient probable. Il sait qu'en instituant de suite les bains, il n'aura aucune crainte, que son enfant guérira sans complication.

La mère de famille elle-même, qui est réconfortée malgré elle par l'assurance imperturbable de son médecin, et qui voit chaque bain dissiper de nouveau les symptômes inquiétants revenus trois heures après le bain précédent ; qui, analysant chacune des fonctions de l'organisme, n'en trouve, à part l'élévation de la température, aucune qui trahisse une perturbation locale sérieuse ; la mère de famille attend sans angoisse une guérison qui lui paraît certaine, et elle dira à son médecin, comme nous l'a dit, à M. Carron de la Carrière et à moi, la mère de la petite fille de notre confrère, il y a quinze jours : « Je ne sais pas ce que c'est que le collapsus ; vous me dites qu'il est rare, qu'on ne l'a jamais observé avec les bains froids comme vous les administrez. Je vous crois, mais je plains les médecins qui n'ont pas confiance dans cet admirable traitement, au cours duquel

(1) F. Glénard. Traitement de la fièvre typhoïde régulière, de la fièvre typhoïde irrégulière ou compliquée. *Communic. Soc. méd. hop.*, 1888. et *Bull. méd.* 1888.

(2) Coutenot. *Fièvre typhoïde*. Besançon, Jacquin, 1892, p. 207.

chaque bain venait me consoler et me rassurer davantage, au point que je ne pouvais concevoir comment, avec un traitement si bien adapté à la maladie, ma petite enfant eût pu ne pas m'être conservée. »

Je soumets les conclusions suivantes :

La fièvre typhoïde des enfants est une maladie grave ; lorsqu'elle est traitée par les médicaments seuls, elle a une mortalité de 15 p. 100. Ce taux de mortalité tombe à 2,5 p. 100 avec le traitement systématique par les bains froids. Il est de 11 p. 100 avec un traitement mixte dans lequel les bains froids n'interviennent que comme succédanés éventuels des médicaments.

La fièvre typhoïde de l'enfant reste une maladie grave, lorsqu'elle est traitée par la méthode mixte, bien que son taux de mortalité soit abaissé par cette méthode de 15 à 11 p. 100. Elle reste grave parce que ce taux n'est qu'un taux moyen, pouvant être dans certains cas, en dépit du traitement mixte, dépassé du double ou du triple. La mortalité est aussi forte qu'avec le traitement médicamenteux, si l'épidémie est grave, si l'enfant a moins de cinq ans. La maladie, avec la méthode mixte, conserve son incertitude de pronostic, son aptitude aux complications, même dans les formes bénignes, sa longue durée, sa longue convalescence, ses fâcheux reliquats parfois durables.

Il n'en est pas de même avec le traitement systématique par les bains froids, dont le taux de mortalité oscille entre des chiffres très voisins, ne dépasse jamais un maximum qui est très bas, et avec laquelle le pronostic devient bon dès les premiers jours, les complications sont réduites au minimum, la convalescence est courte et la santé rendue intégrale.

La complication par collapsus chez les enfants n'a pas été observée par les médecins qui appliquent à la fièvre typhoïde le traitement systématique des bains froids, pas même par ceux qui traitent de la même manière la pneumonie infantile, maladie où pourtant le cœur est le plus menacé.

Ce ne sont, ni le bain froid à température trop basse, ni le bain froid, à durée trop prolongée, dans les limites bien entendu où peut les conseiller un médecin, même le plus expérimenté dans l'emploi de l'eau froide, qui, par eux-mêmes, causent le collapsus, c'est le bain trop chaud ou le bain froid donné à une période trop avancée de la maladie, sans le correctif médicamenteux exigé par l'état du cœur, qui permettent à la maladie elle-même, et à elle seule, de causer le collapsus.

C'est parce qu'il n'est pas le traitement méthodique par les bains froids, c'est parce qu'il n'est pas un traitement systématique par l'eau froide, c'est parce que les bains froids ne sont pas la base, l'essence du traitement, que le traitement mixte peut laisser survenir les complications de collapsus.

Le traitement systématique de la fièvre typhoïde chez les enfants, par les bains froids, tient, comme chez les adultes, toutes les promesses qui ont été faites en son nom.

La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée systématiquement par les bains froids, est une maladie très bénigne, elle n'est une maladie très bénigne qu'à cette seule condition.

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 24 janvier 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. Linossier donne lecture d'une note intitulée : *Influence des troubles gastro-intestinaux sur l'apparition des douleurs fulgurantes du tabès.* Il rapporte à ce sujet l'observation d'un tabétique dont les douleurs fulgurantes étaient très nettement provoquées par des troubles digestifs.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, dont le père était rhumatisant et dont la mère était morte hémiplégique. Dans son enfance, on relevait une impossibilité absolue de la marche jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, et de l'incontinence d'urine jusqu'à sept ans.

A vingt ans, il avait contracté la syphilis ; l'année suivante il avait pris part à la campagne de 1870, et avait eu sa santé très ébranlée.

Depuis l'âge de trente-deux à trente-trois ans il éprouve de vives douleurs soit au dos soit aux jambes, ces douleurs, considérées d'abord comme rhumatismales, ont absolument résisté à deux saisons d'Aix et à tous les traitements externes imaginables. Elles apparaissent par crises, de deux à trois jours, quand elles sont localisées sur les jambes, de huit à dix jours quand elles frappent les reins. Le malade a remarqué lui-même qu'elles sont constamment annoncées par un état saburral de la langue, de la constipation, de l'inappétence, des malaises divers au cours de la digestion, et il est parvenu plusieurs fois à éviter ou à faire cesser prématurément les accès par l'usage d'un purgatif. La corrélation entre les manifestations douloureuses et les troubles gastro-intestinaux est si nette qu'un médecin consulté constatant l'existence d'une légère dilatation de l'estomac, croit pouvoir considérer tous les symptômes comme d'origine dyspeptique et adresse le malade à Vichy.

Or, ces douleurs, si étroitement liées aux troubles digestifs, n'étaient pas autre chose que des douleurs fulgurantes du tabes. Aucun doute ne pouvait subsister à cet égard, du moment qu'on avait la pensée de rechercher les symptômes de la lésion médullaire.

Les signes de Westphall, de Romberg, d'Argyll-Robertson étaient des plus nets. Les troubles de coordination pendant la marche, n'attiraient pas immédiatement l'attention, mais étaient tout à fait caractéristiques pour un observateur prévenu ; les papilles n'ont pas été examinées, mais la vue était très affaiblie surtout dans la pénombre ; le malade accusait des pertes séminales ; deux fois il avait eu des pertes d'urine involontaires, etc.

Voilà donc un cas où les douleurs fulgurantes du tabès étaient en corrélation si étroite avec les troubles gastro-intestinaux, que cette corrélation a pu égarer quelque temps le malade et ses médecins au sujet de la véritable cause des douleurs. L'auteur s'était promis de rechercher si le fait est fréquent : malheureusement dans la catégorie de malades qu'il a l'occasion d'étudier, si le dyspeptiques sont nombreux, les tabétiques sont rares : depuis 1896 l'auteur a eu l'occasion d'en observer deux autres, chez qui la relation entre l'état des voies digestives et l'apparition des douleurs fulgurantes était bien moins nette, mais chez qui un traitement exclusivement dirigé contre l'état gastrique amena une diminution très nette de ces douleurs. Il signale ce fait à l'attention de ceux de ses collègues qui s'occupent spécialement de pathologie nerveuse.

Pour le moment, l'auteur veut insister seulement en quelques mots sur les conséquences pratiques de telles observations.

Actuellement, quand on observe certains phénomènes d'ordre nerveux, douleurs, vertiges, etc, en l'absence de toute lésion manifeste du système nerveux central, on recherche l'état des organes digestifs et s'il semble y avoir une relation entre les troubles nerveux et ceux qui frappent ces organes, on s'efforce par le traitement et le régime d'améliorer l'état de la digestion, dans l'espoir de faire disparaitre les troubles nerveux considérés comme secondaires. Si au contraire on peut rattacher les symptômes nerveux à une lésion bien déterminé des centres, comme dans le tabès par exemple, on ne se préoccupe plus du tout de l'état des organes digestifs. Eh bien ! l'observation que l'auteur rapporte, comme celles qu'ont rapportées dans la dernière séance MM. Maurice de Fleury, Robin, Mathieu, prouve que c'est un tort. Sur la lésion médullaire, on n'a pas d'action; sachant que les manifestations douloureuses de ces lésions peuvent être provoquées par un état anormal des voies digestives, le praticien trouvera parfois dans une hygiène alimentaire bien conçue, dans une thérapeutique gastrique intelligente, un moyen précieux de les rendre moins fréquentes et moins douloureuses. Et même, si, comme il est permis de le supposer, les manifestations douloureuses correspondent à des poussées congestives du côté des lésions, il est fort probable que les incitations ayant leur point de départ dans le régime digestif peuvent donner un coup de fouet aux lésions et en hâter l'évolution. Veiller au régime et au bon fonctionnement du système digestif aurait le double avantage de restreindre les manifestations douloureuses, et de supprimer une cause d'excitation des lésions.

M. Cautru présente une note concernant l'*action du massage sur le chimisme gastrique*. Le massage est un régulateur de la digestion ; il rétablit l'équilibre dans l'ensemble du chimisme stomacal et rend normale l'évolution du processus digestif.

La plupart des malades soignés par l'orateur sont des hypochlorhydriques : chez les hyperchlorhydriques, le massage ne donne de bons résultats que dans les cas qui reconnaissent pour cause une congestion de la muqueuse gastrique : dans la forme nerveuse, le massage abdominal est absolument contre-indiqué.

Dans l'*hypochlorhydrie* il faut en premier lieu distinguer les cas où la gastrite n'existe pas, mais où existe un simple ralentissement de la digestion. HCl n'apparait pas alors dans le temps voulu, mais 1/2 heure ou 1 heure plus tard, et on observe alors des fermentations acides anormales s'accompagnant de brûlures plus ou moins intenses. Dans les cas de ce genre, le massage donne des résultats sûrs, rapides et durables, ainsi que le démontre une série d'examens chimiques du suc gastrique sur divers malades : chaque fois, au bout d'une série de séances de massage, l'auteur a pu faire réapparaître une quantité d'HCl normale dans le liquide examiné. En même temps, les malades augmentaient de poids et leurs malaises disparaissaient.

Dans la dernière période de la gastrite atrophique des tuberculeux, le massage n'agit plus sur la production de l'HCl libre, mais il améliore les parois musculaires de l'estomac et facilite la digestion intestinale.

Dans l'*hyperchlorhydrie*, le massage est nuisible dans la forme nerveuse : tout au contraire, chez les congestifs, les pléthoriques, on active la circulation et on provoque une diurèse abondante. Les chiffres s'abaissent et HCl libre se rapproche peu à peu de la normale.

En résumé, le massage est un régulateur de la circulation, qui amène, lorsqu'il est indiqué, des effets durables, démontrés par l'analyse ; il semble supérieur en cela à la plupart des médicaments. Le massage peut toutefois être combiné dans certains cas aux médications connues qui viendront renforcer son action.

M. P. Vigier donne lecture, au nom de M. Coirre, d'une note concernant la *levure de bière*. Une lévure sèche, récemment préparée et très active, soumise à l'action d'un pilon mécanique, à basse température, est ensuite reprise par de l'eau distillée : on laisse macérer pendant 3 heures. On soumet ensuite ce magma à une presse de 1000 kilos, et le liquide qui s'écoule doit passer par trois épaisseurs de soie très forte : il est limpide, d'aspect albumineux, se coagulant presque en entier sous l'action de la chaleur, et contient toutes les zymases ou ferments solubles de la levure, quand l'expérience réussit, mais le liquide s'altère fort rapidement et perd son pouvoir ferment,

peut-être à cause de la présence d'une enzyme provoquant une auto-infection. Dès que la levure manque d'aliments, elle se digère elle-même et meurt. En évaporant dans le vide ou en précipitant le liquide non altéré par l'alcool, et en achevant la dessication sur des plaques de verre, on obtient une diastase sèche qui semble conserver plus longtemps que le liquide son pouvoir erment.

On a pensé que sous ces deux formes les zymases pourraient pénétrer dans le sang, ce que ne peuvent faire les cellules de la levure de bière ; on espérait donc obtenir des résultats particuliers. Mais ce liquide traverse difficilement même des enveloppes cellulaires, on ne saurait donc compter sur sa pénétration dans le torrent circulatoire : en outre, il est trois cent fois moins actif que la levure.

Le levure fraîche ou sèche reste donc actuellement le seul médicament possible. La levure sèche peut se conserver active pendant longtemps; pour l'obtenir bonne, il faut procéder le plus rapidement possible à la dessication, et pousser l'opération à fond. La levure mise en œuvre devra ne contenir que des *saccharomyces cerevisiae*, de pûreté irréprochable.

L'activité thérapeutique est toujours proportionnée à l'énergie du ferment, qui reste le seul critérium pouvant servir de guide, sans que l'on sache jusqu'à présent si l'action thérapeutique réside dans l'acte même de la fermentation, ou si elle n'est due qu'à la simple présence du ferment entrant en lutte avec les germes ou ferments morbides qu'il rencontre.

M. Bovet présente une note concernant *l'application des nucléoses à la thérapeutique gastrique*. Les albuminoïdes représentés par le groupe des *nucléines* et *nucléo-albumines*, appartenant aussi bien au règne animal qu'au règne végétal, jouent un rôle considérable dans les phénomènes de la nutrition. Parmi les substances qui entrent dans la composition des nucléo-albumines végétales, on distingue l'*albumine*, le *phosphore* et la *diastase* qui sont intimement liées les unes aux autres.

Les nucléo-albumines subissent un premier dédoublement sous l'action du suc gastrique, mais leur transformation n'est achevée que dans le duodenum, grâce à l'action du suc pancréatique. On peut donc utiliser ces substances lorsqu'on veut laisser reposer un estomac surmené, à sécrétions insuffisantes.

Les nucléoses possèdent une action diurétique très prompte, ainsi que le démontrent les graphiques qui accompagnent le travail.

Le *phosphore*, en combinaison phospho-azotée dans les graines végétales, est très facilement assimilable.

Les *diastases*, diffusées dans un milieu alimentaire, dissolvent les aliments solides ou coagulés.

Les nucléo-albumines végétales ne laissent pas de résidus toxiques, fait important quand il s'agit d'instituer un régime alimentaire.

En résumé, la *nucléose* à titre d'aliment se comporte comme agent dynamogénique en activant la nutrition. A titre de médicament, comme elle se dédouble dans l'organisme en acide nucléique et en albumine, elle devient, grâce au premier de ces deux composants, un agent antiseptique, bactéricide et phagocytaire : la nucléose possède en outre une action diurétique d'une grande importance au point de vue de l'élimination des déchets organiques et des toxines.

Les indications de la nucléose sont, au point de vue alimentaire, les maladies consomptives, la tuberculose chronique, l'albuminurie, le diabète, les états neurasthéniques et dyspeptiques, les cardiopathies artérielles : au point de vue médicamenteux, les intoxications alimentaires, les maladies par ralentissement de la nutrition, les urémies, etc.

M. Huchard confirme, au point de vue alimentaire, les observations de M. Bovet, car les nucléoses sont des produits très nutritifs sous un volume minime : elles permettent d'un autre côté le repos de l'organe quand il s'agit d'affections stomacales.

M. Crinon regrette que M. Bovet n'ait pas indiqué dans son travail, par quels procédés chimiques il est arrivé à extraire et utiliser les nucléoses végétales. Le mode de préparation devrait être indiqué dans un travail présenté à la Société de thérapeutique qui renferme des membres que ce côté de la question intéresse tout particulièrement.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Causes et traitement de la fièvre typhoïde, par J. T, Moore (*Merck's archives*, novembre 1899). — Presque tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point que la fièvre typhoïde est causée par les toxines transportées par la circulation. Tout remède pouvant limiter la virulence de la cause productrice ou neutraliser le poison en circulation tendra à diminuer l'irritation et la réaction qui en est la conséquence.

On objecte à cette manière de voir que les bactéries répandues dans l'organisme ne suffisent peut-être pas à produire l'intoxication, et que l'absorption des remèdes par l'organisme n'est peut-être pas assez active pour annihiler la toxicité des bactéries ou neutraliser les toxines et par cela modifier les symptômes.

Depuis cinq ans l'auteur a limité son traitement fondamental à l'antisepsie, car il croit que les toxines sont dans la fièvre typhoïde abondamment absorbées par l'intestin et que la réaction des tissus contre l'influence de ces toxines donne lieu aux symptômes caractéristiques de l'affection. Les antiseptiques ne diminuent pas seulement la virulence des bacilles, mais ils neutralisent encore les ptomaïnes et de cette manière mitigent les symptômes.

Parmi les remèdes que l'auteur a employés e plus souvent nous citerons le carbonate de gaïacol, combiné quelquefois avec de petites doses de menthol ; le thymol, qu'il a parfois trouvé un peu irritant pour la muqueuse gastrique s'il n'est pas administré avec beaucoup d'eau, le B. naphtol, le calomel, etc. La térébenthine et ses dérivés sont très utiles dans des cas de tympanisme accentué, de bronchite et de tendance à l'hémorragie. Tous ces médicaments abaissent incontestablement la température, mais il sera parfois nécessaire d'employer temporairement un antipyrétique vrai. La plupart des antipyrétiques internes donnés pour abaisser la température provoquent toutefois trop de dépression sur l'organisme et surtout sur le cœur, aussi le praticien fera-t-il bien de se contenter des antipyrétiques externes (bain d'eau tiède ou fraîche avec affusions froides, répété au bout d'une heure si c'est nécessaire). Si le résultat n'est pas atteint on pourra essayer de l'eau glacée.

Si ces pratiques balnéaires, d'ailleurs classiques aujourd'hui, sont judicieusement appliquées, on sera rarement obligé de recourir à des antithermiques internes.

Dans les cas avancés, avec affaiblissement cardiaque on trouvera dans l'emploi de la strychnine, un des meilleurs stimulants et toniques ; ce médicament est bien supérieur à l'alcool sous ce rapport : on peut du reste combiner les deux méthodes dans les cas désespérés. S'il existe de l'asystolie, la digitale est indiquée, on peut aussi dans ce cas utiliser la strychnine combinée à la digitaline en injections hypodermiques.

Comme nourriture, le lait additionné d'eau de chaux (1 partie d'eau de chaux pour 8 de lait) : cette addition facilite beaucoup la digestion gastrique du lait.

Le thé de bœuf et l'eau albumineuse sont également utiles. L'auteur déconseille l'emploi des potages ou des bouillies de céréales ou de légumes, l'amidon qu'ils contiennent pouvant causer des troubles. Pendant la convalescence tout aliment contenant de l'amidon sera absolument défendu.

E. Vogt.

Remarques sur les résultats obtenus par les inoculations antityphiques et les méthodes employées pour la préparation du vaccin, par A. E. Wright et W. B. Leishmann (*British medical Journal*, 20 janvier 1900). — Les deux auteurs ont pratiqué aux Indes sur les troupes anglaises des inoculations d'un vaccin antityphique, qu'ils emploient à titre préventif, contre la fièvre typhoïde. Ils se sont servis pour les inoculations de cultures de bacilles virulents quatre semaines lysolisées (1 0/0 de lysol) stérilisées à une température de 60° ; la quantité de culture employée pour l'inoculation a été de 0,5 à 0,75 cc. D'autres cultures ont également été employées ; ce sont des cultures sur agar de vingt-quatre heures, poussées à la température

de 37°. Elles ont été stérilisées aussi à 60° : la quantité de vaccin employée variait entre 0,3 et 0,5 cc. Ces deux vaccins ont donné lieu à des réactions sévères chez l'homme, il n'était pas possible de faire deux inoculations successives. Si l'on résume le tableau statistique annexé à ce travail, on voit que sur 2,835 hommes inoculés 27 ont eu la fièvre typhoïde, soit 0,95 0/0, 5 sont morts de cette maladie soit 0,2 0/0 : sur 8,460 hommes non inoculés, 213 ont été atteints de la fièvre typhoïde, soit 215 0/0 et 23 y ont succombé, soit 0,34 0/0. Les auteurs concluent donc sur ces chiffres à l'efficacité réelle de leur procédé. Ils calculent qu'aux Indes seulement, 1.000 cas de fièvre typhoïde pouvaient être évités et près de 200 vies humaines sauvées. Fait intéressant, il leur a semblé que l'inoculation antityphique pouvait conférer quelque protection contre la malaria. En publiant leurs résultats W. et L. décrivent la technique qu'ils emploient pour la préparation de leur vaccin. Il est impossible ici d'entrer dans le détail de toutes les manipulations nécessaires pour la préparation des cultures, la détermination de leur virulence, etc.

P. Sainton.

Un cas de tétanos d'une durée de dix-neuf jours guéri par l'antitoxine, par William M. James (*Medical Record*, n° 1505). — Il s'agit d'un ouvrier qui, à la suite d'une blessure a la main, mal soignée, présenta six jours après l'accident des symptômes tétaniques. Après un lavage minutieux de la plaie, renouvelé toutes les six ou douze heures, le malade reçut une première injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes d'antitoxine dans la région dorsale.

Les injections furent continuées à des doses variant de 20 centimètres cubes toutes les trois heures, à 10 centimètres cubes toutes les deux heures pendant une période de dix-neuf jours environ.

Au bout de ce temps, l'antitoxine fut supprimée : l'amélioration persista néanmoins. Une bonne nourriture, des stimulants et des toniques fortifièrent le malade, et un mois plus tard, il quittait l'hôpital complètement rétabli. Le spasme tétanique avait duré dix-neuf jours.

Au cours du traitement, l'auteur a dû interrompre plusieurs fois les injections, l'antitoxine ayant fait défaut. Ces intervalles d'un jour et demi, une première fois, de plus de deux jours une seconde fois, amenèrent une telle aggravation dans l'état du malade, que l'on put craindre un dénouement fatal. Les nouvelles doses d'antitoxine produisirent une amélioration rapide, preuve réelle de l'efficacité du remède. L'auteur pense que le malade doit la vie à cette médication.

Un an après, ce patient rencontrant le praticien, lui assura qu'il s'était toujours bien porté depuis son départ de l'hôpital. La main blessée est revenue à l'état normal.

Pendant ses longues années de pratique, l'auteur a vu beaucoup de cas de tétanos traités par les méthodes les plus diverses sans aucun résultat; seul le traitement par l'antitoxine lui a permis de sauver son malade.

E. Vogt.

Injections sous-cutanées de sérum gélatiné dans la variole hémorrhagique, par Boy-Teissier (*Presse médicale*, n° 100, p. 351, 1899). — M. Boy-Teissier a soigné un certain nombre de malades atteints de variole hémorragique, au moyen d'injections de sérum gélatinisé.

Avant d'instituer ce traitement, il avait perdu 8 malades sur 8 cas.

Dans une première série de faits comprenant 7 varioles hémorragiques dont 2 cas à évolution foudroyante et 5 cas à marche plus lente, il fit injecter chaque jour, à chaque malade, dans le flanc, *en une seule fois*, 200 grammes de sérum artificiel gélatinisé, à 20/1000. Comme résultats, il eut 6 décès et 1 guérison (femme enceinte de sept mois et menaçant d'avorter).

Malgré 28 injections sous-cutanées et 4600 gr. de sérum injecté, il n'eut aucun abcès ni rougeur.

Dans une deuxième série de faits comprenant 13 varioles hémorragiques, dont 3 cas foudroyants et 10 cas hémorragiques simples, il fit injecter chaque jour, *en deux fois*, la même quantité de sérum gélatinisé.

Comme résultat il a, pour les 3 cas foudroyants, 3 décès; pour les 10 autres cas, il y eut 2 décès, 6 guérisons, 2 autres cas en voie de guérison, sans complication.

Tandis que dans la première série de faits les injections avaient été commencées après l'apparition des symptômes d'hémorragie confirmée : larges placards violacés, hémorragies diverses, etc., dans la seconde série, les injections furent pratiquées, dès le début, des signes prémonitoires : épistaxis, teinte hémorragique des paupières et de la conjonctive, teinte carminée ou violacée des téguments. Malgré 121 injections sous-cutanées et 12500 grammes de sérum injecté, il n'y eut que 3 abcès.

G. Lyon.

Le traitement de la diphtérie, par Jefferis Turner (*British medical Journal*, 30 décembre 1899). — Ce travail surtout statistique contient les résultats donnés par la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie, comparés avec ceux obtenus dans la période antérieure portant sur

six ans. Les chiffres sont comparables entre eux parce qu'ils ont été tous recueillis à l'hôpital d'enfants de Brisbane, par conséquent dans les mêmes conditions et sous les yeux des mêmes observateurs. Voici le résumé des principaux tableaux de cette statistique. Parmi les cas de diphtérie traités pendant la période « préantitoxine » (juillet 1889-janvier 1895), sur 303 admissions, il y a eu 128 morts, soit une mortalité de 42,2 0/0; dans la période de l'antitoxine, sur 317 admissions, on note 40 décès, soit 12,6 0/0; il convient encore une distinction dans ces chiffres. Depuis le moment où les injections de sérum ont été pratiquées, il y a lieu d'admettre deux périodes; dans une première, les injections furent pratiquées avec de petites doses, la mortalité fut alors de 25 0/0; depuis qu'elles sont pratiquées à doses élevées, la mortalité a varié entre 9,4 0/0 et 15,6 0/0. La même statistique a été faite pour les cas de diphtérie laryngée, sur 147 ans avant la sérothérapie, on constate 59,2 0/0 de décès, tandis que sur 177 cas soumis à l'inoculation, on n'en rencontre que 18,6 0/0. Quand des opérations sur le larynx ont été pratiquées, les proportions ne varient point, sur 166 sujets opérés (tubage ou trachéotomie) dans la période de préantitoxine, 109 sont morts, soit 65,7 0/0, tandis que dans la période postérieure sur 109 sujets, 31 seulement ont succombé, soit 28,4 0/0.

Pour J. T., il faut pratiquer l'injection le plus tôt possible, aussitôt le diagnostic fait et souvent dans les cas douteux avant qu'un diagnostic soit possible. Plus l'inoculation se rapproche du début de la maladie, plus les chances de guérison sont grandes : sur 147 cas traités entre le premier et le quatrième jour de la maladie, la mortalité n'a été que de 8,2 0/0, tandis que sur 131 sujets traités à une période plus avancée, 16,8 0/0 des sujets ont succombé.

P. Sainton.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques, par A. Mossé (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 33, 15 janvier 1900). — Le Dr Mossé a suivi attentivement quelques diabétiques chez qui les pommes de terre étaient substituées au pain et données à hautes doses (1500 à 1600 grammes par jour). Cette quantité représente environ l'équivalent des matières azotées et amylacées contenues dans 500 gr. de pain blanc. La conclusion de M. Mossé est que, dans certain cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, les pommes de terre peuvent être, non seulement autorisées, mais encore être avantageusement conseillées pour remplacer le pain ordinaire pendant une période plus ou moins longue.

La composition élémentaire des pommes de terre varie beaucoup suivant les espèces; en pratique on peut distinguer, d'après MM. Coudon et Bussard, les tubercules dans lesquels la matière féculente est abondante, et ceux dans lesquels la proportion des matières albuminoïdes à la fécule est relativement peu élevée. Les pommes de terre qui se boursouflent, éclatent en certains points ou se désagrègent pendant la cuisson dans l'eau, contiennent plus de fécule que celles qui ne présentent pas ces phénomènes. Au contraire, les tubercules qui restent fermes et ne délitent pas, contiendraient relativement une plus forte proportion de matières albuminoïdes. Celles-ci, en se coagulant, emprisonneraient la fécule comme le gluten du blé, dans la panification, agglutine l'amidon et donne du corps au pain.

G. Lyon.

L'artério-sclérose et son traitement, par Bidlot (*Le Scalpel*, 31 décembre 1899). — La thérapeutique ne peut supprimer les lésions de l'artério-sclérose, elle doit donc se borner à parer à certains troubles et se réduire à des prescriptions hygiéniques ayant pour but de diminuer la pression intra-cardiaque et la tension artérielle et de régulariser le travail exagéré du cœur. Le traitement sera surtout prophylactique.

Il faut proscrire les excès de boisson ou d'alimentation, interdire les boissons alcooliques, le café; l'eau vineuse ou mieux le vin blanc additionné d'eau minérale seront conseillés. La quantité des boissons peu diurétiques sera réduite; au contraire, les eaux minérales d'Evian, de Vittel, de Contrexéville additionnées d'un cachet de lycétol (tartrate de diméthylpipérazine) seront conseillées. La nutrition sera stimulée par l'hydrothérapie froide ou les frictions de la peau. Pendant la belle saison, les malades habiteront la campagne sans choisir les attitudes élevées; une cure thermale à Vittel, Evian, etc., donne de bons résultats. Les bains de boues donnés à la température de 31° à 35° centigrades abaissent la pression artérielle. Le massage, surtout le massage abdominal, complètera le traitement hygiénique.

Les aliments renfermant des ptomaïnes seront

proscrits : on supprimera les poissons, les mollusques, le gibier, la charcuterie, les mets épicés, les fromages, les conserves et même le bouillon. Les viandes froides seront conseillées. Le meilleur régime consiste dans l'ingestion de beaucoup de légumes, de riz, d'un peu de viande blanche, d'œufs et de lait. Le lait peut être prescrit suivant les principes de Huchard : régime lacté exclusif, puis mitigé, puis ensuite exclusif. Rumpff, au contraire des auteurs français, proscrit le lait, il recommande un régime composé de 250 grammes de viande, 100 grammes de pain, autant de poisson, de pommes de terre, de pois ou de pommes.

Le tabac sera sévèrement défendu. Quant au traitement thérapeutique proprement dit, il varie suivant les indications. La saignée n'est indiquée que dans les cas spéciaux : le nitrite d'amyle a une action fugace, il gagne à être remplacé par la trinitrine dont l'action est plus lente et plus durable. On peut formuler XXX gouttes dans 300 grammes d'eau et faire prendre au malade 2 à 6 cuillerées par jour; on continue quinze jours par mois, en ayant soin de diminuer quand la céphalalgie frontale apparaît. Les iodures, l'iodure de potassium surtout, seront administrés à petite dose, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour, pendant dix jours; on peut ajouter aux iodures pour les mieux faire supporter, quelques gouttes de teinture de scille et un peu d'extrait thébaïque.

Les diurétiques hâtent l'élimination des toxines alimentaires, c'est ainsi qu'on peut prescrire la théobromine, la lactose; le calomel est parfois dangereux, l'urée donne des résultats incertains; la caféine est inférieure à la théobromine. Les purgatifs salins ajoutent à la médication diurétique la dérivation intestinale.

Si le cœur faiblit, digitale, digitaline sont à employer; on les alternera avec le strophantus et la spartéine.

Enfin l'insomnie des artério-scléreux sera combattue plutôt par les moyens hygiéniques que par les hypnotiques : les douleurs dans les membres inférieurs, la claudication intermittente seront combattues par les bains de pied chauds. La marche sera tolérée pendant quelques minutes, puis peu à peu davantage sans jamais arriver à la fatigue.

S'il y a lieu de soupçonner la syphilis, on administrera le mercure et on insistera sur l'iodure.

P. Sainton.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaies pénétrantes du genou, par J. Delore (de Lyon) *Gazette des hôpitaux*, novembre 1899, n° 127. — Lorsque le genou est atteint par des lésions aussi graves que celle de la pénétration articulaire d'un corps étranger septique, coup de fourche, pointes, etc..., on peut s'attendre à l'explosion d'accidents formidables et il n'est pas un praticien qui ne fasse aujourd'hui d'emblée l'*arthrotomie* suivie du lavage de l'article. Mais cela suffit-il ? Les observations sur lesquelles s'appuie ce travail semblent mener à cet égard aux conclusions qui suivent. Lorsqu'un blessé est atteint de plaie pénétrante du genou, immobilisation et arthrotomie préventive avec lavage, le plus tôt possible. Si des signes locaux et généraux s'installent malgré cette conduite, il y va de la vie du blessé, si l'on ne fait la résection immédiate. Car les opérations plus tardives peuvent mener à l'amputation, qui ne parvient pas toujours à sauvegarder la vie du blessé. Si le malade est observé quelques jours après l'accident, il faut, sans s'attarder à la taille articulaire faire alors la *résection primitive*. La fonction ultérieure du membre passe au second plan devant le danger. Comment cette opération doit-elle être conduite ? Incision en H donnant un large accès, sauf indications différentes. La résection elle-même portera sur 3 centimètres environ, surtout aux dépens des condyles fémoraux. On aura ainsi un passage suffisant pour les drains, qui ne doivent pas être comprimés. Chez l'enfant, on ménagera les cartilages de conjugaison, on ne fera pas de large brèche osseuse. On terminera par les contre-ouvertures nécessaires, même dans le creux poplité : entre les deux branches de bifurcation du grand nerf sciatique ; Drainage large, car c'est l'important. Maintenir les os écartés pendant l'application de l'appareil plâtré, afin de réaliser un *drainage interosseux*. Pansements rares dans la gouttière plâtrée. Les phénomènes inflammatoires tombés, le chirurgien enlève les drains et rapproche les os. Les résultats peuvent être aussi bons que si l'on avait fait la suture osseuse. La consolidation solide en extension est facilement obtenue. Surveiller les appareils plâtrés. La guérison est la règle, pourvu que la résection ait été précoce. La résection tardive, au 21e jour, a donné une mort à M. Poncet. Son

élève Lagoutte (*Gaz. hebd. 1892*) a publié deux cas de guérison par l'intervention précoce.

A. Benoit.

Technique de la résection de la hanche dans la coxalgie, par M. Ménard (de Berck). *La tuberculose infantile,* 15 décembre 1899. — Dans une monographie importante, l'auteur réduit à trois circonstances les indications de la résection de la hanche tuberculeuse: 1° Dans la coxalgie compliquée d'abcès fermé guérie par l'injection modificatrice; 2° dans la coxalgie récemment fistuleuse; 3° dans la coxalgie anciennement fistuleuse. Il décrit l'opération-type comme uniquement applicable à la première classe, celle des abcès fermés, la coxalgie dite *aseptique*, en comprenant ce terme dans le sens de tuberculose non associée. Suivons les différents temps de cette intervention, après avoir rappelé que les abcès sont le plus souvent: *antéro-externes, fessiers, iliaques* et enfin situés dans les adducteurs. L'*incision de choix* peut se confondre avec celle de la poche et du curettage de l'abcès dans les cas les plus ordinaires, où ils sont antéro-externes ou fessiers. Elle est à deux branches: *incision verticale* commençant à 5 cent. au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à 10 cent. plus bas, passant sur la face antérieure du col et comprenant du premier coup la peau et le fascia ata.

Incision horizontale dirigée en dehors, rasant le sommet cartilagineux du grand trochanter, divisant aussi le tenseur du fascialata et, pour bien dégager le trochanter, sectionnant les tendons du petit et du moyen fessier. Cette manière de faire s'inquiète du résultat orthopédique ultérieur. Cette incision est la plus commode et la plus économique. L'abcès découvert est nettoyé en un instant avec une large curette. Aussitôt une sonde recherche le trajet de communication. Le col découvert, la capsule écartée à la rugine il est sectionné à la pince-gouge en deux ou trois prises; la tête fémorale est énucléée avec la grande curette à évidement.

Le doigt explore le cotyle, qui est avivé à la curette; les sequestres iliaques, les plus fréquents de tous, sont enlevés; on s'assure au doigt des décollements intra-pelviens, on nettoie les trajets rétro-iliaques, même en les découvrant par de nouvelles résections osseuses de proche en proche. Lorsque tous les foyers superficiels et profonds auront été curetés à fond, lavage très chaud au sublimé qui fait de l'hémostase. Le pincement et la torsion suffisent pour assurer cette dernière au cours de l'opération. Assèchement parfait avec des compresses aseptiques qui ramènent des tongosités et des débris osseux, puis *suture sans drainage*. Pansement et guêtre à extension qui continue maintiennent le membre en assez forte abduction. Le chirurgien doit exercer une traction énergique sur le membre pendant que durcit la vaste attelle plâtrée antérieure que deux aides appliquent par-dessus le pansement largement ouaté au niveau de la hanche. Cette attelle s'étend depuis la poitrine jusqu'au pied, elle est renforcée à la hanche par une pièce de bois. Un aide maintient la cuisse saine repliée pendant l'extension active du chirurgien, destinée à prévenir l'ascension inévitable du trochanter libéré du col et à assurer sa cicatrisation *en face du cotyle*. M. Ménard n'applique l'extension qu'après la deuxième semaine, au premier pansement. Il recommande d'opérer vite, en trente minutes au plus, afin d'éviter le choc opératoire et conseille de faire avant le réveil du patient une injection de sérum de 500 grammes dont il s'est surtout bien trouvé dans les cas de coxalgie infectée.

Pour les deux autres groupes de cas, coxalgie récemment fistuleuse et ancienne avec fistules multiples, même manuel opératoire. Mais on ne saurait compter sur les mêmes succès; ici la résection se borne surtout à faire un *drainage large*. L'auteur s'est déterminé, pour pouvoir surveiller mieux la réparation, à ne faire ici aucune suture. Si large que paraisse la plaie, on la voit diminuer très rapidement et on peut se livrer à des attouchements des surfaces bourgeonnantes avec des liquides caustiques. L'important est de bien découvrir la *partie inférieure du cotyle*, qui est le siège de prédilection et comme la source de l'affection. Si l'on ne peut cureter tous les foyers, on se contentera de les drainer; le râclage des fongosités n'est pas aussi indispensable que dans les cas où on se propose une réunion par première intention. Pendant la convalescence, il faut se préoccuper d'éviter le *renversement du pied* soit en dedans, soit en dehors, par sa fixation dans trois planchettes que l'on peut ajouter à un appareil quelconque à extension continue. Dans les cas où l'altération de la région par des fistules très anciennes, entourées de tissus lardacés, ne laisse pas d'espoir de guérison par la résection, la désarticulation de la hanche, même chez des sujets albuminuriques, peut sauver la vie du malade et se terminer par la guérison.

A. Benoit.

Interventions précoces dans les tuberculoses osseuses, par M. A. Walravens (*La Clinique de Bruxelles*, 28 octobre 1899). — La tendance générale est à la conservation dans les tuberculoses locales; mais l'auteur cite un exemple d'*ostéo-arthrite* des os du pied chez un enfant de 4 ans, où il eut à se repentir de s'être attardé aux injections médicamenteuses diverses et au curettage du foyer osseux, puisqu'il fallut

en venir à l'amputation de la jambe. Les réflexions qu'il nous soumet sont judicieuses, surtout en ce qui concerne la région dont il s'agit, où l'emploi de la curette est insuffisant, alors qu'elle fait merveille ailleurs, quoi qu'il en pense. Il est clair qu'en ce qui concerne les os du tarse, qui se prennent de proche en proche, mieux vaut en venir tout de suite et d'une manière précoce à une résection économique du tarse, que d'attendre des lésions de propagation qui ne sauraient tarder.

On supprime ainsi le foyer tuberculeux et les chances de métastases, si fréquentes chez l'enfant. Peut-être cette conduite est-elle aussi la meilleure à tenir, dans la *coxalgie*, si l'on a l'occasion de la prendre au début. Mais une fois les abcés formés, l'expérience des dernières années nous a appris qu'il est préférable de n'en venir à la résection qu'après échec de toutes les autres méthodes longtemps éprouvées.

A. Benoit.

Quel est le meilleur traitement de la scoliose au début (*Die œrztl. Praxis*, 15 décembre 1899). — Blencke voit avec satisfaction que le nombre des praticiens hostiles au port d'un corset inamovible, au début de la scoliose, augmente chaque jour. Le public n'est malheureusement pas encore converti à cette manière d'envisager la question, et ne consulte le médecin qu'à un moment où le port d'un appareil orthopédique a fait perdre un temps précieux. Ces appareils tranquillisent l'entourage, mais leur port est insupportable pour le malade quand ils exercent une pression qui pourrait être efficace : on les corrige donc jusqu'à ce qu'ils soient facilement supportés, à moins que le patient, pour éviter la pression, n'imprime à la colonne vertébrale une incurvation vicieuse.

Les méthodes actuelles de massage et de gymnastique peuvent seules dans la scoliose au début, donner quelque satisfaction. Les exercices, faits tous les jours sous la direction du médecin et en présence des parents, doivent être appris exactement par ces derniers avant qu'on puisse leur permettre de les faire exécuter par le malade en dehors de la surveillance du spécialiste. Le scoliotique sera pendant un temps assez long éloigné de l'école ; pendant ce temps, on cherchera à redresser les régions incurvées ou à obtenir une incurvation en sens inverse, et à maintenir pour un temps plus ou moins long cette attitude corrigée. En même temps, on massera les muscles rachidiens pour les fortifier.

L'auteur indique dans son travail une série de manipulations dont la description nous entraînerait trop loin. En tous cas, il faut exiger que le scoliotique soit toujours assis droit, qu'il ne reste pas assis trop longtemps. Pour les filles, il faut en outre veiller à ce que la jupe et les jupons retombent bien également de chaque côté.

Tous les jours, les patients seront étendus pendant une heure sur un plan incliné ou sur un matelas résistant.

Grâce à ces pratiques, on peut espérer enrayer une scoliose au début : de tels résultats sont aujourd'hui fréquemment obtenus par les spécialistes,

E. Vogt.

Fracture de la colonne vertébrale dans la région dorsale inférieure, intervention, par Noble-Smith, chirurgien de l'hôpital des Enfants de Londres (*British Med. Journal*, 27 décembre, 1899). — Sujet de 22 ans, qui fut paralysé, à la suite d'une chute de cheval, depuis la ceinture jusqu'aux extrémités inférieures. Il demeura cinq ans avant d'entrer dans le service de ce chirurgien, qui constata une paralysie motrice complète du membre inférieur droit et presque absolue à gauche, avec des zônes sensitives conservées en différents points, et paralysie complète des deux sphincters, avec cystite concomitante qui faisait souffrir beaucoup le malade.

L'intervention porta sur les trois dernières vertèbres dorsales, qui étaient unies par le cal, et une épine osseuse comprimant la moelle put être enlevée. Dans la suite, le malade retrouva en partie le mouvement, puisqu'il put marcher avec des cannes terminées par un plateau. Sa vessie redevint gouvernable, mais le sphincter anal resta pris. Les progrès de la marche furent facilités par la section des tendons d'Achille, qui fit disparaître un équinisme double très accentué. Somme toute, le malade, qui était en outre soumis au *massage progressif*, avait beaucoup gagné à une opération si tardive, lorsqu'il succomba près de deux ans après à l'empoisonnement urémique.

A. Benoit.

Ablation d'un cartilage flottant de l'articulation du genou, par Farquhar Curtis (*Académie de médecine de New-York*, 11 décembre 1899). — Il s'agit d'un jeune homme qui eut une synovite traumatique, traitée par l'immobilisation : trois mois après, à la suite d'un choc léger, une autre synovite apparut. On s'aperçut alors qu'il existait à la partie externe de la rotule une masse considérable, facilement mobile, mais retournant toujours à son siège sur les côtés de l'os. L'articulation fut ouverte et ce corps enlevé ; il était composé de cartilage hyalin pur, il s'agit donc vraisemblablement

d'une frange synoviale anormalement développée. La guérison était complète trois semaines après l'opération, la plaie réunie par première intention.

Paul SAINTON.

Les incisions opératoires au niveau du cou, par J. DE QUERVAIN, (*Semaine médicale*, 10 janvier 1900). — En s'inspirant des principes qui suivent : 1° assurer un accès facile des parties à enlever ; 2° éviter les lésions inutiles ; 3° obtenir une cicatrice peu visible, l'auteur a pu fixer quelques indications que l'on ne trouve actuellement pas dans les classiques. Elles peuvent se résumer en peu de mots.

S'agit-il de lésions superficielles et peu étendues, sur lesquelles on doit porter le bistouri ? il faut suivre les plis naturels de la peau dans la région du cou. Or, ainsi que Kocher l'a étudié en essayant la réunion spontanée par première intention des petites incisions du cou, pour suivre les plis naturels, il faut inciser suivant une ligne légèrement oblique de *haut en bas et d'arrière en avant* sur les côtés, *transversalement*, en avant du cou : ce sont des incisions dites en collier. Les trois principales, toutes parallèles et superposées, sont : 1° l'incision supérieure, oblique transversale et latérale, parallèle aux troncs vasculaires, qui sert pour l'abcès rétropharyngien, l'artère carotide externe et interne ; 2° l'incision moyenne, toujours parallèle à la précédente, à un travers de doigt au-dessous, qui convient à la carotide primitive ; 3° l'incision inférieure transversale, pour l'artère vertébrale et l'artère thyroïdienne inférieure. L'incision transversale *antérieure* convient fort bien aux goitres simples. Quand on a un groupe de ganglions à enlever, dût-on avoir quelques veines et quelques filets nerveux à sectionner, mieux vaut faire *deux* incisions parallèles dans le sens dit *normal* que nous venons d'indiquer, permettant chacune d'agir sur une partie différente, que de faire une incision longitudinale unique.

On doit agir autrement quand on veut enlever un paquet de ganglions situé dans le sens longitudinal, au-dessous du sterno-mastoïdien. Ici la question d'esthétique passe au second plan. Il s'agit des groupes de lymphomes, de fibromes, de lipomes profonds, des kystes sanguins ou dermoïdes et le voisinage du faisceau vasculo-nerveux commande une intervention large et aisée. L'incision droite habituelle ne suffisant pas, l'auteur conseille les deux incisions suivantes, selon que la masse est située dans le haut ou le bas de la région cervicale latérale. On doit se proposer ici la formation d'un lambeau bien nourri. Ce sera donc par une incision angulaire qu'on y arrivera. Dans le procédé que de Quervain préconise, la grande branche de l'incision suit dans les deux cas le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Mais l'angle s'arrondit vers la clavicule, que côtoie la petite branche, dans le premier cas, tandis qu'il s'arrondit au-dessous de l'apophyse mastoïde, la petite branche se dirigeant transversalement en arrière, dans le second cas. Cette incision permet de faire, en bas, la désinsertion du muscle sterno-mastoïdien, au lieu de la section en son milieu qui sacrifie les nerfs moteurs. On peut lier la veine jugulaire interne, si cela est nécessaire, dès le début de l'opération. On a donc un lambeau musculo-cutané : ce lambeau est rabattu en arrière et ouvre un champ opératoire très vaste. La désinsertion du muscle se fait en haut, au niveau de son attache supérieure, pour les tumeurs de la région de la base du crâne situées sous ce muscle.

En résumé, les incisions *transversales* ou *transversales-obliques* sont les incisions de choix. Les incisions *angulaires* servent aux cas difficiles : on ne s'écartera qu'exceptionnellement de ces règles.

A. BENOIT.

Traitement des kystes hydatiques du foie, (*Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900). — Sur une communication de M. QUÉNU, tendant à montrer que le traitement de M. Delbet, *capitonnage et suture sans drainage*, favorise les exsudations consécutives dans des cavités vidées de leur contenu, et par suite les *infections secondaires* et même les hémorragies, MM. HARTMANN et GÉRARD-MARCHANT viennent faire l'éloge du procédé attaqué, lequel guérirait beaucoup plus vite que le procédé ancien avec le drainage, où la guérison traîne de longs mois. L'avenir nous fixera sur les inconvénients qui viennent cependant d'être signalés dans cette séance.

A. BENOIT.

Résection de l'estomac cancéreux, par M. LINDNER (*Société des chirurgiens libres de Berlin*, 11 décembre 1899). — L'auteur s'est proposé de rechercher par les statistiques des récidives, si l'ablation des ganglions cancéreux de l'estomac met à l'abri des rechutes. A priori, on peut dire que l'extirpation des ganglions n'est utile que si l'on enlève en même temps les vaisseaux lymphatiques correspondants. Or, cela est impossible dans les cancers abdominaux, où l'infection cancéreuse franchit rapidement les ganglions. Sur 28 malades examinés après récidive mortelle, M. Lindner a constaté que dans un cas seulement, les ganglions régionaux avaient été le point de départ de la récidive. Il en conclut que le danger de cette récidive dans les ganglions locaux n'est pas très grand.

A. BENOIT.

Prise des ganglions dans le cancer de l'estomac (*Société de Chirurgie*, 10 janvier 1900). — M. Pierre Delbet fait remarquer que si l'on donne au cancer épithélial de l'estomac une origine parasitaire, les psorospermies, les cellules épithéliales de cette psorospermose seraient les seules à vivre et se développer dans les espaces lymphatiques et les ganglions, qui sont pris de bonne heure. Il y a là une incompatibilité manifeste.

M. Tuffier annonce, ce que personne n'ignore aujourd'hui, que l'opérateur, en enlevant tous les ganglions appréciables, dans la pylorectomie, n'est pas certain de n'en pas laisser qui lui échappent. Il a eu en effet une récidive par tumeur ganglionnaire autour du duodenum, après une intervention qu'il avait crue complète.

A. Benoit.

Résection primaire de l'intestin gangrèné, par A. Barker (*British Medical Journal*, 23 décembre 1899). — Dans cette étude, M. Barker cherche à établir les principes dont doit s'inspirer le chirurgien, lorsqu'en ouvrant un sac herniaire, il trouve de l'intestin sphacélé. Faut-il faire un anus contre nature, faut-il faire d'emblée la résection suivie de réduction, qui est sans nul doute l'opération de choix? L'état du malade, le matériel et les aides dont on dispose doivent selon lui, jouer le plus grand rôle dans la décision à prendre. Lorsqu'il s'agit d'un malade très bas ou d'un vieillard épuisé, faites l'anus contre nature, qui n'empêchera pas la *résection secondaire*. Si le cas concerne un malade jeune et résistant, remontez-le avec des injections de sérum et, d'emblée, faites préparer tout le manuel opératoire. Si le malade a eu des vomissements fécaloïdes, il faut faire un *lavage de l'estomac* avec de l'eau alcoolisée chaude, avant de commencer à opérer. Le malade sera donc enveloppé de flanelle de la tête aux pieds et aura des bottes de ouate. Anesthésie chloroformique, si le malade est excitable, anesthésie locale en d'autres circonstances. L'intestin gangréné est attiré au dehors et soigneusement enveloppé de gaze antiseptique, puis vidé par pression et saisi avec des pinces de Doyen, le meilleur instrument pour ce genre d'opération. Section aux ciseaux qui doit être oblique et ménager le mésentère. La lumière de l'intestin est nettoyée avec de la gaze stérile, jusqu'à ce qu'elle soit sèche, puis lavée avec la solution de sublimé au 1000e, puis la solution saline usuelle. Les bouts sont ensuite unis, sans enlever les pinces. Barker a plus de confiance dans le fil de soie que dans le bouton de Murphy qu'il conseille de n'employer que si l'on en a une grande habitude. Nouveau lavage à la solution saline avant de réduire, après avoir bien séché. Il faut éviter soigneusement d'irriter d'autres parties que les bouts de l'intestin coupé, avec les antiseptiques forts : ce serait une faute. Il faut, pendant tous les jours qui suivent, faire deux fois par jour des injections salines sous-cutanées.

Suivant les cas, on doit drainer, ou suturer en partie, ou même faire la cure radicale et suturer complètement.

A. Benoit.

Troubles trophiques par les rayons X, par E. Destot (*Echo médical de Lyon*, 15 janvier 1900). — M. Destot ne se pose pas en adversaire de la radiographie et de la thérapeutique par les rayons de Rœntgen, loin de là. Avec une très grande compétence, il attire seulement l'attention sur les dangers de cette méthode et les précautions à prendre pour les éviter. Quiconque manie ces appareils est exposé à une série de lésions, qui varient depuis le simple *érythème*, commun chez les fabricants d'appareils, jusqu'aux *ulcères* atoniques plus ou moins étendus, à bords taillés à pic et dont la ténacité, la résistance aux traitements n'a d'égale que celle des maux perforants. A la Société de médecine de Lyon, M. Leclerc a rapporté l'histoire d'un malade qui, radiographié pour une fracture de la rotule, présente depuis 15 mois des ulcères inguérissables. Un malade tuberculeux pulmonaire, traité par la méthode de M. Lortet, a eu sur le sommet droit de la poitrine un ulcère qui dura 8 mois, et n'en mourut pas moins rapidement dans la suite. Une particularité curieuse de ces lésions, c'est leur *longue incubation*, de 4 à 27 jours. Il semble, suivant l'hypothèse de l'auteur, qu'il y ait trauma nerveux primitif et lésion cutanée secondaire. Le nombre de vibrations et leur forme (d'Arsonval) ne seraient pas étrangers à ces accidents, d'où ces quelques règles :

Employer la machine statique avec interposition d'une feuille d'aluminium aussi mince que l'on voudra, trembleurs rapides, tubes doux éloignés de la peau, diminution de la longueur d'étincelles à 30 centimètres. L'emploi thérapeutique doit être réservé ; l'effluve statique, le résonnateur de Oudin ou la haute fréquence produisent de bons effets sans danger. Se méfier tout particulièrement de l'emploi des bobines.

A. Benoit.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Un cas d'hémiplégie hystérique guéri par la suggestion hypnotique et étudié à l'aide de la chronophotographie par MARINESCO (*Académie des Sciences*, 4 décembre 1899). — Observation d'une femme de 28 ans qui à la suite d'une discussion fut prise d'un tremblement de la moitié droite du corps, puis d'un mutisme absolu, suivi de syncope. Au réveil le mutisme persista pendant quelque temps, mais il ne resta bientôt plus que l'hémiplégie droite. Sous l'influence de la suggestion hypnotique, cette femme a recouvré la marche, les stygmates hystériques ont disparu ; au bout de deux mois, il n'y avait eu aucune rechute.

P. SAINTON.

Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement par CHARLES MANTO (*Thèse de Paris*, 1899). — Le traitement que Weir Mitchell a préconisé dans la neurasthénie s'applique aussi bien à l'hystérie: aussi quelles que soient les manifestations accusées par les malades, crises, contractures, hémichorée, astasie, etc., l'isolement s'impose. On doit le pratiquer aussi complètement que possible: il faudra donc séparer la malade de sa famille, la confiner au lit, empêcher toute communication avec le monde extérieur, supprimer les lettres et les visites. Il faut aussi avoir grand soin de séparer la malade des autres hospitalisés, de façon qu'elle ne puisse correspondre avec personne. Dans ces conditions nouvelles, la suggestion s'exerce avec plus de facilité et plus de profit; semée sur un terrain propice, elle donnera de merveilleux résultats. L'avantage de l'isolement est encore de permettre d'alimenter et de suralimenter la malade, surtout si elle est anorexique. Les guérisons qu'on obtient de cette façon sont en général assez stables, mais il faut avoir soin qu'en sortant de l'hôpital, la malade soit soumise à une véritable prophylaxie qui consistera dans l'éloignement des causes qui ont pu provoquer la névrose.

P. SAINTON.

Le sommeil par le bromure dans le traitement de la manie aiguë par NIEL MACLEAD (Sanghaï) (*Britisch medical Journal*, 20 janvier 1900). — Le mode de traitement que préconise l'auteur peut être employé dans la maison du malade; il a eu l'occasion de l'appliquer dans divers cas d'affection mentale. Il consiste dans l'administration du bromure à la dose de 7 grammes 50 environ toutes les deux heures dans un demi verre d'eau le premier jour jusqu'à concurrence de 28 grammes. Le deuxième jour la même dose est continuée, le résultat obtenu est en général suffisant. Le malade est alors plongé dans un sommeil profond, tenu au lit dans une chambre chaude et fermée ; en général il ne demande aucune nourriture, on lui donne la quantité de lait nécessaire pour sa nutrition. Le sommeil disparaît peu à peu au bout d'un certain temps et le malade revient progressivement à la santé. Cette méthode a été essayée chez un morphinomane avec pneumonie, chez des neurasthéniques, en tout dans 9 cas : elle a donné d'excellents résultats.

P. SAINTON.

Un cas d'épilepsie jacksonnienne guéri par l'opération, par DRINKWATER (*The British medical Journal*, 20 janvier 1900). — Le cas est intéressant, car le malade est bien portant quatre années et demi après l'opération. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui eut plusieurs attaques avec perte de connaissance, douleur temporale, la dernière fut suivie d'une paralysie complète du bras droit et de la jambe sans perte de la sensibilité; pendant les attaques le bras droit était convulsé; une attaque plus intense fut suivie de la perte de l'usage du bras et de la jambe. L'opération fut pratiquée : aussitôt après l'incident on trouva une cicatrice, trace d'une blessure ancienne. Il y avait eu fracture radiée, limitée à la table externe, l'os avait à la suite été enflammé. La trépanation fut pratiquée en avril 1895 et en juillet, le malade put reprendre son travail. En décembre, la guérison avait persisté.

P. SAINTON.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'eczéma de l'oreille, par LERMOYEZ (*Presse Médicale*, n° 1, p. 5, 1900. — Il existe deux formes d'eczéma de l'oreille; un eczéma aigu, généralement humide et un eczéma chronique, généralement sec.

Eczéma aigu. — Au début il faut calmer les démangeaisons. Pour cela on saupoudre légère-

ment les deux faces du pavillon avec une poudre inerte, non fermentescible :

Talc	30 grammes
Oxyde de zinc	10 —

Il faut se garder des applications humides, des lavages du pavillon, des seringages du conduit, car l'oreille eczémateuse n'aime pas l'eau.

Plus tard, quand commence la phase de suintement et de croûtes, il faut, avant tout, décaper les parties malades, c'est-à-dire faire tomber les croûtes. Dans ce but on badigeonne toutes les surfaces malades avec un pinceau propre, imprégné d'un corps inerte : huile d'olive, vaseline. Le lendemain on détache les croûtes ainsi ramollies en faisant des frictions très douces avec de petits tampons d'ouate.

Les parties malades étant bien décapées, on y fera des applications permanentes de corps gras :

Vaseline	âà 10 grammes
Lanoline	
Oxyde de zinc	4 —

On étale une bonne couche de pommade sur un morceau de toile très fine ; on enveloppe le pavillon avec ce linge gras, en ayant soin de l'appliquer exactement dans toutes les anfractuosités ; on recouvre d'ouate et on maintient avec un tour de bande.

Dans le conduit on introduit une mèche d'ouate enduite de pommade, de grosseur croissante.

A la seconde période, l'irritation initiale est calmée : il faut instituer une médication modificatrice.

Dès que les croûtes cessent de se reproduire, on doit interrompre les enveloppements gras.

L'épiderme nouveau sera pendant quelque temps protégé par une fine couche de pâte de Lassar :

Vaseline	20 grammes
Amidon	âà 10 —
Oxyde de zinc	
Acide salicylique	0 gr. 50

Si malgré cela la guérison tarde, on emploie des topiques plus actifs : les substances les plus actives sont : le calomel 1/20 ; l'oxyde jaune de mercure 1/20 ; l'huile de cade 1/10 ; le goudron 1/10 ; l'ichthyol 1/10 à incorporer dans la vaseline pour le pavillon ; dans l'huile d'olive pour le conduit. L'application en sera faite deux fois par jour par le malade lui-même.

Si les pommades échouent, il faut s'adresser au nitrate d'argent (solution à 1/40). On laisse pendant deux jours la mèche imbibée de la solution de nitrate d'argent. Si au bout de ce temps le conduit est sec, on se contente alors d'introduire une mèche d'ouate imprégnée de pommade inerte à l'oyde de zinc. Si le conduit est encore humide, on recommence le pansement au nitrate d'argent à 1/40, jusqu'à obtention de la siccité.

Si ce traitement est insuffisant, il faut agir plus énergiquement avec une solution de nitrate d'argent à 1/10. On enduit d'abord de vaseline la conque et le lobule, on remplit le conduit de la solution au 1/10 tiédie ; on laisse ce bain au maximum trois minutes dans l'oreille ; ou alors en faisant une injection d'eau salée tiédie ; on sèche ensuite le conduit très minutieusement avec des mèches d'ouate hydrophile et on termine en mettant à demeure une masse d'ouate imbibée de pommade à l'oxyde de zinc.

Eczéma chronique. — C'est presque toujours un eczéma sec, très tenace, rebelle et récidivant. Pour traiter l'eczéma du conduit on badigeonne trois fois par jour le conduit avec un pinceau légèrement imbibé d'un des mélanges suivants : huile d'olive mentholée 1/40 : huile d'olive goudronnée 1/10 ; huile d'olive cadique 1/10 ; huile d'olive salicylée 1/200.

Si l'eczéma s'accompagne de surdité, c'est qu'il y a accumulation dans le conduit de squames épidermiques que l'on doit ramollir en remplissant le conduit trois fois par jour avec une petite quantité du mélange suivant ;

Carbonate de soude	0 gr. 10
Glycérine neutre	10 grammes

(Fermer le méat avec un tampon d'ouate non hydrophile).

Au bout de ce temps on déblaie le conduit avec des injections d'eau tiède comme s'il s'agissait d'un bouchon de cérumen ; puis, on sèche très soigneusement le conduit avec des mèches d'ouate hydrophile et on applique le traitement indiqué plus haut contre l'eczéma subaigu du conduit.

Dans l'eczéma du pavillon à forme légère on applique le traitement indiqué plus haut à propos du traitement de l'eczéma subaigu du pavillon.

Dans la forme intense (eczéma lichénifié, pavillon de carton) on décape le pavillon à l'aide d'une solution alcoolique de savon mou de potasse et immédiatement après on applique soit une pommade inerte à base d'oxyde de zinc, soit une pommade active à base d'ichthyol 1/10 ou de styrax 1/10. On recommence le traitement tous les trois ou quatre jours.

La forme séborrhéique sera plus spécialement traitée par les pommades soufrées. S'il y a des rhagades, on les ferme en y promenant une pointe très fine de crayon de nitrate d'argent.

Le traitement général est nécessaire (traitement de l'arthritisme, de la goutte, de la scrofule, de la névropathie).

Dans les eczémas nettement chroniques, pityriasiques ou lichénifiés, il peut être utile de prescrire l'arsenic.

Arséniate de soude....	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise..	50 grammes
Eau distillée.....	200 —

Une à quatre cuillerées à café par jour, aux repas.

G. Lyon.

Electrolyse cuprique dans l'ozène essentiel, par le Dr Schall (*Archives d'électricité médicale*, 15 décembre 1899.) — L'auteur veut signaler une variante de l'électrolyse cuprique qui lui a réussi dans deux cas où il a eu l'occasion d'intervenir.

Le procédé dont il se sert arrive un peu plus lentement, mais aussi sûrement au même résultat que l'électrolyse cuprique telle que l'a décrite Bordier, tout en évitant les inconvénients de celle-ci ; il supprime l'implantation des aiguilles. L'auteur prépare des bourdonnets de coton hydrophile fixés sur des tiges de cuivre et les métallise en les plongeant dans le mélange de nitrate d'argent et d'acide tartrique en solution chaude, qui sert à l'argenture des glaces par le procédé Petitjean. Le coton se recouvre ainsi d'une mince pellicule d'argent qui transforme le bourdonnet en une mousse métallique d'une souplesse extraordinaire. Ceci fait, sur l'argent ainsi déposé et qui sert de conducteur, le praticien dépose une couche de cuivre galvanoplastique, et c'est ce coton métallisé qui, introduit dans la narine atteinte, agira sur la muqueuse par le sous-chlorure de cuivre naissant ; le résultat sera aussi bon qu'avec l'aiguille barbare de Morton.

Un autre bourdonnet de simple ouate hydrophile mis en communication avec le pôle négatif est introduit dans l'autre narine. Quant à l'intensité du courant à employer, elle peut atteindre 15 à 20 mA ; il est difficile de faire supporter le passage d'un courant plus intense.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Savon et emplâtre à base de thiosinamine (*Monastshefte f. pr. Dermatologie* n° 12, 1899). — La thiosinamine ou allylsulfocarbamide provoque, en injections sous-cutanées, des réactions locales, analogues à celles que provoque la tuberculine, dans les cas de lupus (Hebra 1896). Le produit a été utilisé dans les mêmes conditions pour le traitement des kéloïdes.

Unna, ayant à traiter un cas de kéloïde étendue, suite de brûlures, a essayé de la thiosinamine en *applications locales* et concurremment avec d'autres topiques (emplâtres hydrargyriques, salicyliques, etc.) Il utilise le savon suivant :

Savon mou	10 grammes
Thiosinamine	0 gr. 5 à 1 à 2 gr.

Us. ext.

Il fit confectionner aussi des emplâtres contenant 10, 20 et 30 gr. de thiosinâmine par mètre. L'expérience démontra que l'emplâtre (*Pflastermull*) représentait un mode d'application bien préférable au savon ci-dessus indiqué et que le topique nouveau surpassait de beaucoup au point de vue de l'effet curatif et analgésique, les topiques précédemment employés dans les cas de kéloïdes.

Encouragé pas ce premier essai, l'auteur a étendu ces recherches à d'autres tumeurs fibreuses (lépromes, syphilomes. lupus, etc.) ; le résultat a été excellent. Il a obtenu en outre des modifications satisfaisantes dans des cas de cicatrices du visage, suite de variole, en faisant porter la nuit un masque d'emplâtre à la thiosinamine.

Les règles générales de la médication sont les suivantes : Sur les parties non découvertes, on appliquera en permanence l'emplâtre. Sur la face, les mains et les points couverts de poils, on savonnera avec le savon à la thiosinamine, qui agit plus lentement. On peut enfin dans les cas graves (cicatrices défigurantes de la face par exemple), appliquer la nuit l'emplâtre et savonner le jour.

Si l'on veut combiner la méthode nouvelle avec les anciennes, on choisira de préférence l'emplâtre hydrargyrique, que l'on fera alterner avec l'emplâtre à la thiosinamine. Ce mode de procéder provoque toutefois une certaine irritation locale.

E. Vogt.

Médication transpelliculaire (*Monatshefte f. pr. Dermatologie* n° 1900). — Dans une série de dermatoses (engelures, lupus érythémateux, strophulus, piqûres d'insectes), il est nécessaire d'exercer une pression sur les points malades pendant toute la durée du traitement, car il existe dans ces cas un œdème circonscrit angionévrotique qui s'oppose à la pénétration des topiques.

On a adopté pour ces dermatoses les vernis collodionnés contenant des substances médicamenteuses (ichthyol par exemple). Unna cons-

tate que ce procédé n'est pas toujours suffisant, et que l'on désirerait souvent faire pénétrer le topique *à travers* la pellicule formée par le vernis: on combinerait ainsi la pression exercée par ce dernier à l'action curative du topique. Cette pratique est facile et les résultats sont meilleurs qu'avec le vernissage simple.

En cas d'engelures, par exemple, on badigeonnera le soir au collodion ichthyolé, et par dessus, on fera une friction avec une pommade contenant de l'ichthyol, du camphre et de l'essence de térébenthine. Le matin, on enlève le tout au moyen d'un savonnage.

E. Vogt.

De l'efficacité de certains remèdes dans les affections cutanées, par H. Powell (*Merck's Archives*, novembre 1899). — Les affections cutanées sont légion. Pour obtenir un traitement efficace il faut avant tout reconnaître la nature des troubles et établir un diagnostic exact.

L'auteur veut attirer l'attention d'une manière générale sur les traitements employés avec succès dans les affections courantes. En première ligne il place le soufre. Son action externe est bien connue, mais il agit aussi avec une remarquable efficacité, lorsqu'il est pris à l'intérieur. L'action de l'ichthyol et de l'ichtalbine. est due en grande partie au soufre que contiennent ces produits. A côté du soufre on peut placer la résorcine, son action s'observe dans les eczémas, surtout dans l'eczéma seborrhéïque, en solution alcoolique. Cette solution appliquée sur le cuir chevelu amènera rapidement une guérison satisfaisante. L'oxyde de zinc est également d'un usage général, mais en dehors de son influence légèrement astringente et protectrice, il présente peu de propriétés justifiant la faveur dont il jouit. L'acide chrysophanique incorporé à la vaseline ou à la lanoline est un excellent remède contre certaines formes de dartres. L'application locale du bicarbonate de soude en solution additionnée d'acide borique est très appréciée contre les pustules ou toute affection amenant de fortes démangeaisons. La solution de Goulard est vivement recommandée dans les érysipèles ou dans toute inflammation analogue.

L'eczéma des extrémités digitales causé par le grattage du cuir chevelu chez les sujets atteints de séborrhée eczémateuse, sera facilement guéri par l'application de soufre. Cette application se fera le soir; on aura soin de protéger ses doigts au moyen d'un linge.

Pour le furoncle, l'auteur préconise l'incision précoce suivie d'une application locale de compresses d'acide borique ; à l'intérieur le malade prendra trois ou quatre fois par jour une dose d'ichtalbine. Cette médication donne des résultats remarquables.

La maladie d'Addison et la leucodermie sont des maladies contre lesquelles la médication est presque impuissante.

La plus rebelle de toutes les maladies cutanées est le psoriasis. Depuis quelques années l'attention a été dirigée sur l'emploi de la glande thyroïde comme agent efficace dans le traitement du psoriasis et on a enregistré des améliorations nombreuses.

L'idothyrine et la thyroïdine sont les deux produits employés dans la thérapeutique thyroïdienne.

Beaucoup de maladies cutanées dépendent de l'état sanguin, de l'insuffisance de la nutrition, ou de son excès comme chez le phéthorique par exemple ; le traitement s'indique alors de lui-même. Dans le premier cas, des reconstituants sont indiqués tels que le fer, l'arsenic, ou simplement une alimentation plus abondante. Dans le second cas il faut employer les altérants et régulariser la diète. Dans certains cas il sera même nécessaire de pratiquer la saignée. Chez des individus obèses on défendra tout excès d'alimentation ; les sucreries seront défendues et remplacées par la saccharine.

Il est très important de rechercher attentivement la cause du mal dans le prurit vulvaire. Dans certains cas, l'affection peut être attribuée au diabète sucré, l'analyse des urines est donc tout indiquée. Dans d'autres cas il peut se présenter une infection gonorrhéique, par exemple. L'emploi d'acide borique en lotions, ou d'un onguent de cocaïne et d'oxyde de zinc, à base d'axonge benzoïnée aura une grande efficacité.

Comme agents internes se placent en première ligne la solution de Fowler, et la solution de Donovan, cette dernière agissant surtout sur l'acné vulgaire et sur certaines dermatites chroniques. Dans les cas d'acné les meilleurs résultats seront obtenus en vidant chaque pustule après l'avoir incisée, et en lotionnant le visage soir et matin avec une solution chaude de sublimé corrosif.

Il y a tant d'affections cutanées que tout praticien peut rencontrer dans sa carrière des cas isolés sur lesquels aucune médication n'a d'action. Pourtant les indications données plus haut pourront être d'une sérieuse utilité dans la grande majorité des cas.

E. Vogt.

Bains d'encre et compresses à l'encre (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie* n° 11 1899). Le tannate d'oxydule de fer (encre) a été utilisé par Unna, il y a une dizaine d'années, pour obtenir un effet rapide de tannage de la peau dans des cas de pemphygus, de mycosis fongoïde, d'eczéma universel, etc.

Leistikow a repris ces recherches en modifiant le mode d'emploi : il prescrit séparément une solution de tannin (3 à 10 0/0) et une solution de sulfate de fer (2 à 5 0/0), et la réaction chimique ne doit être obtenue qu'au moment de l'emploi. Dans deux cas d'*eczéma exsudatif polymorphe* les mains et les pieds furent baignés deux fois par jour pendant 15 minutes dans la solution. La peau s'anémie rapidement, les vésicules sèchent et la kératinisation s'effectue sans délai, tandis que le prurit disparaît.

Dans six cas de *prurit localisé* (aisselle, anus, vulve) l'auteur observa le même effet rapide. L'épaisissement de la couche cornée, qui existait dans tous les cas, fût aisément modifié par la médication.

Dans 4 cas d'*herpès génital* rebelle, le même traitement (10 minutes au lieu de 15) produisit un effet beaucoup plus rapide que celui obtenu avec d'autres topiques. Dans deux cas, on continua après guérison pour empêcher les récidives. Les guérisons se maintiennent pour les cas observés, depuis 4 à 6 mois.

Des solutions faibles d'encre (15 minutes) donnèrent un résultat instantané pour ainsi dire dans 3 cas d'*eczéma vésico-papuleux de la main*. Guérison en une semaine et demie à deux semaines.

Dans 3 cas d'*ulcère variqueux de la jambe*, des compresses imbibées d'encre et recouvertes de gutta-percha, changées une fois par jour, firent disparaître de suite les douleurs locales vives. En 2, 3, 4 semaines les ulcères se transformèrent, se couvrirent de granulations ; la kératinisation prit ensuite 4, 5, 7 semaines. La guérison ainsi obtenue, on continua le traitement en appliquant localement de la colle de zinc. Pas de récidives depuis plusieurs mois.

En résumé l'action analgésique et antiprurigineuse de l'encre, combinée à ses propriétés kératoplastiques, mérite d'attirer l'attention des spécialistes.

E. Vogt.

Traitement de l'ulcère de jambe par le rhodanate de quinoline et bismuth (*Therap. Monatshefte*, janv. 1900). — Le nombre des médications recommandées pour le traitement de l'ulcère de jambe démontre leur insuffisance : Steiner en recommande une nouvelle basée sur l'emploi des rhodanates, et plus spécialement du rhodanate de quinoline et bismuth (*crurine*), poudre à gros grains de couleur jaune rougeâtre, d'odeur assez forte, fondant à 76°, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. On obtient une décomposition de formule chimique compliquée en soumettant le produit à l'action des alcalins ou des acides minéraux étendus, et cela par une ébullition prolongée : mais, pratiquement, on peut considérer la crurine comme très stable : on peut la conserver du reste pendant fort longtemps sans qu'elle se modifie.

L'action sur l'ulcère est très rapide : il suffit de le saupoudrer avec le topique et de recouvrir d'ouate, pour exciter la formation de granulations de bonne nature : s'il existe des rebords calleux, il faut au préalable les ramollir au moyen de compresses imbibées d'acétate d'alumine liquide. On saupoudre deux fois par jour l'ulcère avec de la crurine en petites quantités : par-dessus, un pansement légèrement compressif. Si les ulcères présentent une trop grande étendue, il sera préférable, pour éviter de provoquer de l'irritation locale, de mélanger le rhodanate à parties égales de poudre d'amidon. Au moment où l'on applique le pansement, les malades ressentent toujours, si l'on emploie la crurine pure, une douleur cuisante, en général de peu de durée.

Les nombreux cas de l'auteur ont demandé en moyenne un traitement de 10 à 14 jours pour l'obtention de la guérison pour les cas légers, et de 6 semaines au plus pour les cas graves.

E. Vogt.

L'oreiller en dermatologie (*Monatshefte f. pr. Dermatologie*, 15 nov. 1899). — Unna attire l'attention sur l'influence, en général défavorable, exercée par l'oreiller dans les cas de dermatoses siégeant à la tête (inoculation à distance). Si l'impetigo des enfants ne se propage pas aussi aisément qu'on devrait s'y attendre, cela tient au fait que l'enfant couche fréquemment sur le dos. Pour l'eczéma séborrhéique, on voit toujours le côté sur lequel est couché le sujet être plus atteint que l'autre. Les mêmes remarques s'appliquent au sycosis et à d'autres affections intéressant la face et le cuir chevelu.

Le meilleur moyen d'éviter des accidents de ce genre consiste dans l'application de bandages.

Un autre inconvénient de l'oreiller consiste dans le fait que les corps gras, servant d'excipients aux pommades et onguents, sont absorbés par celui-ci ; de là vient qu'en général une pommade destinée au traitement d'affections de la face ou du cuir chevelu sera d'autant moins efficace qu'elle sera plus grasse. On recommandera dans les cas de ce genre, au malade, le port d'un bonnet imperméable semblable à ceux utilisés dans les établissements de bains, ou encore, si le bonnet tient trop chaud, de remplacer la taie par une taie en peau.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté

Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de l'homme, par LONGUET (in *Rev. de chirur.*, 1900 p. 79). — Dans son intéressant mémoire l'auteur expose : 1° que la castration comme procédé de choix du traitement de la tuberculose génitale de l'homme est une erreur.

2° que la conservation par abstention est également une opinion extrême.

3° que la méthode de choix est une piste intermédiaire, c'est-à-dire la conservation avec opération économique qui protège le testicule autant que possible, en s'attaquant à ses conduits excréteurs principalement. Ces opérations économiques sont :

a) l'Enucléation et l'épididymotomie partielle.

b) l'Epididymo-déférentectomie typique.

c) l'Epididymotomie et le traitement des abcès par curettage, thermo-cautérisation, cautérisation au chlorure de zinc et ébouillantement de préférence à l'emploi de l'ether iodoformé ou du naphtol camphré.

E. CHEVALIER.

Considérations sur le traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. Les avantages de la lithotritie, par CARLIER (in *Echo med. du Nord* 1900 p. 1). — L'auteur conclut de son travail que les calculs de l'enfant doivent se traiter comme chez l'adulte par la lithotritie, qui est la méthode de choix, et, à défaut de celle-ci par la taille hypogastrique avec suture totale de la plaie vésicale et suture à peu près complète de la paroi abdominale.

E. CHEVALIER.

Résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale Etude clinique basée sur 23 observations, par PONCET, (in *Bull. Ac. med.* 1899, p. 678). — L'opération s'adresse aux pertes de substance, aux rétrécissements incurables de l'urèthre, surtout quand des accidents infectieux ascendants sont menaçants.

L'opération est bénigne, mais la tendance rétractile du nouveau méat périnéal exige le passage d'une sonde de temps en temps. La miction reste volontaire : le malade est devenu un hypospade périnéal.

E. CHEVALIER.

Traitement des suppurations prostatiques par la ponction au trocart à travers la paroi rectale suivie de lavages antiseptiques, par GUIARD (*Journal de médecine de Paris*, n° 1, p. 9, 1900). — Le Dr Guiard propose le traitement de certains abcès de la prostate par la ponction par le rectum avec un trocart ordinaire, ponction suivie, après évacuation de l'abcès, d'un lavage antiseptique abondant de la cavité suppurante.

L'incision rectale, jusqu'ici, a obtenu les préférences de la majorité des praticiens; malheureusement la plaie opératoire, en contact inévitable avec les garde-robes, ne peut être traitée antiseptiquement. De plus, l'incision rectale expose à des hémorragies parfois très graves.

On peut, il est vrai, opérer avec sécurité en endormant le malade et introduisant dans le rectum un spéculum de Sims, muni de chaque côté de deux tiges parallèles à la valve et qu'il est facile, par un mécanisme rudimentaire, d'élever et d'écarter à volonté. Grâce à cet instrument, le rectum peut être maintenu très largement ouvert; on peut y pratiquer des irrigations antiseptiques abondantes et reconnaître aisément le point où le pus fait saillie.

L'incision périnéale des abcès de la prostate, proposée par Segond, permet de sectionner les tissus sous le contrôle de l'œil et de se rendre maître d'une hémorragie, le cas échéant mais c'est une opération délicate, du ressort de la grande chirurgie.

Guiard propose un troisième procédé d'évacuation des abcès prostatiques, procédé qu'il n'a, du reste, employé que dans un cas : c'est la ponction au moyen du trocart et lavage prolongé de la cavité de l'abcès avec la liqueur de Van Swieten. Il conseille d'utiliser le chloroforme et l'emploi du spéculum de Sims à branches latérales mobiles dont il a été question précédemment.

G. LYON.

Technique de la prostatectomie périnéale, par ALEXANDER (*Académie de médecine de New-York*, 11 décembre 1899).— Dans la plupart des cas de prostatectomie, il est nécessaire de faire une incision suprapubienne pour pouvoir repousser la prostate, exceptionnellement A. a pu pratiquer sans incision suprapubienne cette opération : deux fois il a été possible de porter assez profondément la main dans la cavité pelvienne sans ouvrir la paroi abdominale et amener la prostate dans l'incision périnéale.

Au point de vue de la technique générale, A. conseille le procédé suivant: l'incision sera longitudinale, à environ un quart de pouce du bec de la prostate, elle sera profonde : le plancher

de l'urètre membraneux sera sectionné et un peu le bec de la prostate ; puis, celle-ci est poussée aussi loin que possible dans le périnée par la main introduite à travers l'incision suprapubienne, amenée aussi près que possible de la pointe de la prostate elle arrive ainsi sur le lobe latéral hypertrophié : celui-ci est séparé de la capsule prostatique ; il faut avoir soin de toujours conserver intacte la partie de l'urètre prostatique située au-dessous du verumontanum. Le lobe latéral étant isolé de la capsule, il est bon de le séparer avec soin de la portion supérieure de l'urètre prostatique sans le léser : il est facile de l'énucléer sans causer de traumatisme de la muqueuse. Le lobe moyen sera enlevé sans difficulté.

P. Sainton.

Remarques sur le traitement du phymosis (*Die aerztl. Praxis*, 15 décembre 1899). — Les accidents dus au phimosis chez l'enfant sont souvent méconnus : le petit patient, pour éviter les douleurs provoquées par la miction, se retient d'uriner, et présente alors des accidents variés ayant pour siège la région abdominale et attribués au météorisme, à la présence de vers, etc. Il existe en outre certainement une relation entre certains hydrocèles et le phymosis, ce que démontre la disparition spontanée de l'hydrocèle quand on a enlevé le prépuce : Guttmann a observé plusieurs cas de ce genre.

Si l'on a affaire à des parents pusillanimes, on peut se contenter de tirer violemment le prépuce en arrière, en s'aidant de la sonde cannelée. Si l'intervention sanglante est indiquée, on fera bien d'adopter le procédé suivant, qui a l'avantage de ne pas donner de lambeau. On fait de chaque côté de l'ouverture préputiale une incision permettant au gland de passer ; il faut se garder de faire incision plus grande. On suture ensuite les deux feuillets préputiaux l'un à l'autre, et l'on conserve ainsi le prépuce sans crainte de récidive d'accidents. Cette méthode a le grand avantage de rendre inutile, d'après l'auteur, l'emploi de l'anesthésie générale ou locale.

E. Vogt.

Les calculs rénaux : leur genèse et leur traitement (*Die ærztl. Praxis*, n° 19, 1899). — Leiser rappelle que si l'on veut, par l'alimentation, se mettre à l'abri de l'accumulation d'acide urique dans l'organisme, il faut ingérer un minimum de nucléines. Or, une livre de thymus donnera 4 gr. d'acide urique, le foie, les rognons, la cervelle, en donneront moins, mais encore des quantités notables, la viande de même. Les œufs, le lait, les légumes et les fruits ne fournissent pas de nucléines. Donc, resteindre l'alimentation carnée et favoriser la diminution de l'acidité urinaire en administrant 2 heures après le principal repas, 4 à 5 gr. de bicarbonate de soude. Mais on obtiendra davantage encore en recommandant aux malades les boissons abondantes et en leur défendant les exercices violents. Il faut aussi combattre chez ces malades, toute tendance à avoir des selles trop liquides, pour éviter la concentration des urines.

Les différentes substances médicamenteuses, destinées à dissoudre les concrétions dans l'organisme, n'ont jamais donné à l'auteur de résultats probants.

E. Vogt.

Le dernier en date des anti-blennorrhagiques : la largine (*Wiener med. Presse*, n° 41, 1899). — Porges rappelle que la largine est un albuminate d'argent dans lequel l'albuminate est constitué par un produit de décomposition des nucléo-albumines, possédant la propriété d'être soluble dans l'alcool dilué. C'est une poudre gris blanchâtre, contenant à l'état sec 11 0/0 d'argent, se dissolvant dans l'eau à la température de la chambre dans la proportion de 10 0/0 et donnant une solution jaune limpide. La solubilité est la même dans le blanc d'œuf, la glycérine, les albumines acides et alcalines, etc. Les chlorures et l'albumine ne produisent aucun précipité dans les solutions aqueuses de largine, qui présentent une réaction alcaline peu marquée.

On sait que Kamen a démontré que les préparations argyriques usuelles doivent être rangées, au point de vue bactéricide, dans l'ordre décroissant suivant : 1° Argentamine ; 2° Largine ; 3° Argonine ; 4° Protargol ; 5° Nitrate d'argent. Cet ordre est modifié quand il s'agit de déterminer l'action inhibitrice sur les cultures : la largine semble ici présenter le maximum d'action sur les cultures de gonocoques, ainsi qu'une action en profondeur marquée, inférieure à celle de l'argentamine, supérieure à celle du protargol (exp. de laboratoire sur des cubes de substance hépatique).

La clinique a démontré que la largine se prête au traitement de la blennorrhagie antérieure aiguë, et de la blennorrhagie postérieure aiguë à symptômes peu marqués. Porges recommande de faire trois fois par 24 heures des injections tièdes avec une seringue d'une capacité minimum de 10 grammes. Le malade doit d'abord uriner, puis injecter 2 à 3 seringues d'eau tiède pour bien laver le canal. L'injection de largine doit être gardée 10 minutes le matin et à midi, 15 minutes le soir. Beaucoup de malades se plaignent de ne pouvoir maintenir l'orifice du

canal urétral si longtemps fermé : on conseillera dans ce cas de faire 3 injections successives de 3 min. de durée. La tonicité du sphincter urétral n'est vaincue qu'après 5 min. de séjour de la solution dans le canal antérieur : on ne peut donc se borner à 3 min. lorsqu'il s'agit de pénétrer dans l'urètre postérieur.

On débutera par des solutions à 1/4 0/0, en augmentant tous les 4 jours de 1/4 0/0, la concentration maximum étant de 2 0/0. Au bout de 15 jours en moyenne, les gonocoques ont disparu ; il faut alors modifier la médication, car la largine seule ne saurait procurer la guérison définitive. On ajoutera à ce moment au traitement des injections avec du nitrate d'argent à 1,4000, et on terminera par le nitrate seul.

La largine provoque chez quelques malades un sentiment de cuisson, chez d'autres une augmentation de l'écoulement. Il faut, dans ces deux cas, commencer avec des injections de protargol à 1/4 0/0 et au bout de 3 à 4 jours recourir à la largine dont l'action plus rapide et plus intense est alors parfaitement supportée et n'offre plus aucun inconvénient.

La propagation à l'urètre postérieur n'a été constatée que dans 22,86 0/0 des cas à la suite de l'emploi de la largine.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité

à l'hôpital de la Charité

Valeur diagnostique et thérapeutique du curettage (*Die ærztl. Praxis*, n° 20, 1899). — Vassmer regrette que malgré tous les perfectionnements introduits dans le diagnostic clinique et microscopique du carcinome utérin, le nombre des guérisons définitives n'ait pas augmenté : ce résultat est dû en grande partie à la négligence des médecins, qu'un curettage précoce pourrait facilement éclairer, et qui attendent avant de s'adresser au spécialiste que les lésions soient assez avancées pour que le doute ne soit plus possible : il est alors presque toujours trop tard pour intervenir. L'auteur n'est absolument pas partisan d'un coup de curette isolé, car le résultat négatif ne prouve rien dans ce cas : le curettage doit être pratiqué à fond, et on doit récolter ensuite, par un lavage intra-utérin, toutes les parcelles de muqueuse détachées.

Dans les cas d'endométrite puerpérale, l'auteur conseille de s'abstenir, car les modifications pathologiques ont presque toujours dépassé le domaine de la muqueuse utérine et ne sont plus justiciables de la curette : en outre, on risque, par l'intervention, de détruire les tissus inflammatoires de réaction, destinés à opposer une barrière au processus morbide : les plaies dues à l'action de l'instrument représentent enfin des portes d'entrée pour des poussées infectieuses nouvelles.

Il ne faut pas, d'un autre côté, oublier que l'utérus réagit par des hémorragies aux irritations externes les plus variées : il n'y a donc pas lieu de vouloir intervenir par un curettage à propos de chaque métrorrhagie : il faut au contraire s'assurer avant tout de la cause, utérine ou extra-utérine, des pertes sanguines, et ne curetter que dans le premier cas.

Le curettage retrouve tous ses droits et enregistre des succès remarquables dans tous les cas où une endométrite chronique est due à une involution insuffisante de l'utérus et des éléments de la caduque. Ces processus peuvent très bien évoluer sans que l'infection soit en jeu : on ne risque donc pas de provoquer des poussées fébriles en intervenant.

E. Vogt.

Electrothérapie des fibrômes utérins (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 décembre 1899). — Lacaille donne quelques règles sur ce sujet qui a soulevé tant de controverses. 1° Le traitement par l'électrolyse intra-utérine n'exerce aucune action sur les fibrômes sous-péritonéaux ; 2° Les fibrômes interstitiels et les sous-muqueux sont justiciables de la méthode, sous certaines conditions, qui sont ; 1° d'éviter toute intervention quand on se trouve en présence de lésions annexielles kystiques inflammatoires ou suppurées, ou de lésions péritonéales aiguës ou subaiguës ; 2° d'éviter d'électrolyser des utérus fibromateux, quand existe de la dégénérescence kystique, sarcomateuse ou autre.

Ceci posé, que faut-il espérer du traitement dans les cas favorables ? Il ne faut pas s'attendre à voir fondre les tumeurs, mais on peut obtenir la disparition des douleurs, la suppression des pertes ou leur rappel en cas de nécessité, selon que l'on introduira dans la cavité utérine le pôle positif ou le négatif. Il est certain que dans les premiers temps du traitement la tumeur semble diminuer : cet effet est dû à l'action du courant sur la tonicité de l'intestin distendu par les gaz, ainsi qu'à la disparition de la zone d'empâtement du tissu cellulaire

sous-péritonéal entourant le fibrôme et à l'effet décongestif exercé par le pôle positif sur les vaisseaux de la tumeur.

Il résulte de ces actions multiples du courant que les phénomènes de compression et les douleurs qui en résultent disparaissent rapidement.

Si le fibrôme est hémorragique, l'électrolyse intra-utérine positive supprime rapidement les accidents ; s'il y a quelque avantage à rappeler le sang, le pôle négatif y pourvoira.

Aussi longtemps que l'intervention chirurgicale ne pourra pas garantir la survie d'une façon absolue, l'électrolyse, bien qu'elle ne donne que des guérisons symptomatiques, devra être conservée, malgré la lenteur de son action, car elle met à l'abri des accidents quand on l'emploie avec discernement.

E. Vogt.

Prophylaxie et traitement étiologique de la fièvre puerpérale (*Therap. Monatshefte* décembre 1899), Dœderlein reconnait combien est difficile un traitement étiologique en présence d'une affection aussi complexe que la fièvre puerpérale, à laquelle de nombreuses bactéries pathogènes peuvent donner naissance ; il est vrai que les cas à streptocoques sont les plus nombreux, et qu'ils se propagent aisément par les mains des médecins et sages-femmes d'un sujet à l'autre. Il faudrait donc en premier lieu ne jamais examiner les femmes enceintes qu'avec des gants en caoutchouc. Pour les autres microorganismes pathogènes, leur origine peut varier ; ils peuvent même provenir du vagin de la femme contaminée.

L'utérus gravide normal est privé de germes, mais il n'en résulte pas forcément que tout utérus gravide contenant des germes puisse provoquer l'apparition d'une fièvre puerpérale : en tout cas, on trouve des germes chaque fois que cette dernière se montre, et il faut de suite chercher, par des lavages intra-utérins, à les détruire ; on évitera, comme substance active, l'acide phénique et le sublimé, trop dangereux en présence d'une surface résorbante aussi importante que la cavité utérine.

L'auteur rappelle que les auteurs sont en général d'accord pour n'avoir aucune confiance dans le sérum anti-streptococcique : Dœderlein n'est pas de cet avis et à l'intention d'utiliser la sérothérapie dans tous les cas de fièvre puerpérale à streptocoques qu'il aura à soigner. Il est utile de l'essayer dans les autres infections, ou lorsque l'invasion de streptocoques a eu des résultats locaux ou généraux délétères. Si, au premier jour de fièvre, l'examen bactériologique des lochies décèle la présence de streptocoques en cultures pures, on fera de suite des lavages intra-utérins et on injectera du sérum.

Pour obtenir des résultats thérapeutiques en traitant les diverses affections morbides causées par la fièvre puerpérale, il faut donner l'antipyrine à hautes doses. Dans certains cas rares, l'extirpation totale de l'utérus infecté s'imposera : l'auteur cite 2 cas, l'un dans lequel l'existence de nombreux fibrômes interstitiels avait provoqué un avortement, et où le placenta était entièrement adhérent. La malade entra à la clinique avec une fièvre intense : elle en était à son 4e avortement, Dœderlein se décida à extirper l'utérus séance tenante : la fièvre tomba de suite et la malade guérit rapidement.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme entrée à la clinique 17 jours après un accouchement normal et présentant une fièvre intense avec métrorrhagies répétées : on procéda à l'ablation de nombreux restes adhérents de placenta : une amélioration passagère fit bientôt place à de nouvelles poussées fébriles, et l'utérus fut extirpé alors que le thermomètre accusait la veille au soir 39,9°. Guérison complète après quelques frissons.

Il est indubitable que dans ces deux cas la guérison a été hâtée par l'intervention : il est même possible que l'opération sauva les deux malades, car un troisième cas de septicémie de cause intra-utérine, dans lequel l'intervention fut refusée, se termina par la mort.

E. Vogt.

L'antisepsie dans les accouchements (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1899). — Theopold, qui exerce à la campagne dans des conditions d'hygiène souvent déplorables, n'a eu aucun accident à déplorer depuis 16 ans, bien qu'il ait fait près de 200 accouchements. Il a toujours dans sa trousse un flacon à large ouverture rempli de calomel, et recouvre de cette poudre ses doigts et ses bras, préalablement bien lavés, ainsi que les instruments et les tampons. Il agit de même lorsqu'il pratique le toucher au cours de la grossesse.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

L'hydrothérapie chez les enfants, par Comby (*Médecine moderne*, no 1, 1900). — L'emploi de l'eau froide est aujourd'hui classique ; dans toutes les maladies infectieuses avec hyperthermie, agitation, adynamie, on doit prescrire les bains froids.

Dans la pneumonie franche, le bain froid est presque toujours très bien supporté. Par contre il est le plus souvent contre-indiqué dans la broncho-pneumonie; il l'est toujours dans la méningite tuberculeuse, la granulie, les maladies du cœur.

S'il existe des contre-indications pour le bain froid, il n'en existe pour ainsi dire pas pour les applications localisées de l'eau froide : drap mouillé, compresses froides, vessie de glace.

La vessie de glace sur la tête, sur le ventre, sur le thorax, sur la région précordiale, rend des services dans la pneumonie, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la péricardite, la myocardite, la péritonite, la méningite.

Le drap mouillé est assez réfrigérent et très révulsif dans les états convulsifs avec ou sans fièvre. Appliqué trois fois par jour, pendant une heure chaque fois, il fait disparaître les mouvements choréiques assez rapidement.

Les compresses froides appliquées sur le thorax dans les congestions pulmonaires, la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie facilitent la désobstruction des bronches et abaissent légèrement la température. On emploie aussi les enveloppements froids des jambes (bottes mouillées), en cas de convulsions.

Les bains chauds à 38° sont employés systématiquement par Renaut (de Lyon) dans le traitement des bronchites aiguës, de la broncho-pneumonie. D'après Renaut, l'emploi des bains chauds chez les enfants atteints de bronchite grave empêcherait cette bronchite de se capillariser.

Le bain est donné toutes les trois heures, pendant cinq, dix ou quinze minutes.

Il est des cas où les bains à 32, 30 ou 28° sont indiqués, non plus comme décongestifs, mais comme antithermiques.

Bains médicamenteux. — Les enfants nerveux, excitables, sont calmés par les bains tièdes et prolongés, qu'on peut additionner de tilleul et d'oranger :

Tilleul avec bractees....	30 grammes
Feuilles d'oranger.....	10 —

Faites infuser dans eau bouillante 1000 gr.

Ajoutez à l'eau du bain (environ 50 litres).

Les bains stimulants et excitants sont indiqués dans les diarrhées graves, l'athrepsie, la faiblesse congénitale, le coma, le collapsus:

Farine de moutarde....	100 grammes
Eau tiède.....	30 litres

On place la farine de moutarde dans un sac en toile et on trempe dans l'eau du bain.

On peut aussi faire des pédiluves ou maniluves sinapisés en projetant 40 ou 50 grammes de farine de moutarde dans 5 à 6 litres d'eau tiède.

Les bains salés sont prescrits couramment dans la scrofule, le rachitisme, l'anémie.

Chlorure de sodium...	1 kilogramme
Eau tiède.....	30-35 litres

Le bain salé moyen contient 3 0/0 de sel; c'est la proportion du bain de mer.

On peut donner des bains à domicile avec les eaux-mères des sources salines (Salies de Béarn, Briscous-Biarritz, Miserey-Besançon (un paquet de 500 grammes de sel d'eaux-mères, ou un flacon de 1/2 litre à 1 litre d'eaux-mères).

Quand les bains salés sont trop irritants, on peut les mitiger avec l'amidon, le carbonate de soude :

Chlorure de sodium...	1000 grammes
Amidon.....	500 —
Carbonate de soude...	50 —

pour un bain.

Le bain sulfureux a une action stimulante et reconstituante analogue à celle du bain salé :

Trisulfure de potassium..	30 à 50 gr.
Eau tiède.....	30 à 40 lit.

La baignoire sera en bois ou émaillée.

Les bains de sublimé rendent des services dans la syphilis héréditaire, dans le prurigo parasitaire :

Sublimé corrosif.....	3 grammes
Chlorure de sodium....	10 —
Eau.....	30 litres

(baignoire en bois ou émaillée).

Citons encore les bains de son, d'amidon, les bains alcalins (100-200 grammes de carbonate de soude).

Les bains de mer sont particulièrement indiqués chez les scrofuleux, les rachitiques, si ces malades ne sont pas atteints en même temps de blépharo-conjonctivite, de kératite, d'otites, de bronchites, de tuberculose pulmonaire, de rhumatisme, de maladies du cœur, d'eczéma.

Les bains de mer seront toujours très courts, deux à cinq minutes au plus. Si l'enfant est trop jeune, trop excité par le bain de mer froid, on lui donnera des bains chauds graduellement refroidis (38°, 35°, 33°, 30°).

G. Lyon.

L'empyème chez les enfants, par David Bovaird (*Medical News*, 23 décembre 1899.)—L'empyème n'est pas rare dans les deux premières années de la vie et même dans les premiers mois. Sur 69 cas mortels, 11 sont survenus chez des enfants au-dessous de six mois, 40 chez des enfants entre six mois et un an et 18 chez des enfants entre un et deux ans. Le plus jeune malade était âgé de 2 mois et 19 jours: En pratique, les épanchements pleuraux chez les enfants sont purulents d'emblée ou le deviennent rapidement. Dès que l'existence du

pus est prouvée, il faut l'évacuer : l'aspiration est une mauvaise méthode de traitement, il vaut mieux établir un drainage permanent en faisant une simple incision dans un espace intercostal et en introduisant deux tubes à drainage aussi volumineux que l'ouverture le permet. Le moment où les tubes peuvent être enlevés est déterminé par la persistance de la suppuration; chez les enfants, il est possible d'enlever les tubes beaucoup plus tôt que chez l'adulte. Les tubes doivent être assujettis par une épingle de sûreté et recouverts d'un pansement volumineux de gaze et de coton stérilisés.

P. Sainton.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Sur l'emploi de quelques anthelminthiques, par M. Hélouin (*Bulletin des sciences pharmacologiques*, décembre 1899). — L'action toxique des anthelminthiques, et en particulier de la fougère mâle, de la santonine et de la pelletiérine, ne s'exerce pas exclusivement sur les vers intestinaux, l'homme est également sensible à ces poisons.

Un bon anthelminthique doit, pour agir, arriver au contact direct des vers intestinaux et, pour ne pas nuire, être d'une absorption difficile et séjourner le moins possible dans l'intestin.

L'absorption de la fougère mâle étant particulièrement facilitée par l'adjonction d'huile ou de corps gras, il ne faut jamais administrer ceux-ci concurremment avec ce médicament ou ses préparations pharmaceutiques.

Cette recommandation devrait être plus rigoureusement observée qu'elle ne l'est en général, et pour ne pas augmenter les chances d'absorption du principe toxique de la fougère mâle, le calomel, la scammonée et bien d'autres purgatifs non huileux devront remplacer l'huile de ricin si souvent employée.

La santonine, quoique insoluble dans l'eau, est très soluble dans le suc gastrique.

A l'inverse de la fougère mâle, l'action de ce médicament est rendue plus difficile par l'association d'un corps gras.

Cette substance pourra donc être administrée en solution dans l'huile, comme le recommande Kuchenmeister.

Santonine ..... 1 à 10 centigr.
Huile d'olive ..... 60 grammes.

Le malade est ainsi à l'abri de tout accident sans que le remède perde rien de son action.

La pelletiérine peut provoquer des accidents graves lorsqu'on l'administre sous forme de composé soluble.

L'emploi du tannate de pelletiérine insoluble serait très avantageux si, suivant en cela la recommandation du Codex, on ne solubilisait le plus souvent ce sel au moment de son emploi par l'addition de suffisante quantité d'acide tartrique : c'est même cette solution qu'on désigne couramment sous le nom de tannate de pelletiérine.

C'est en poudre que doit être administré le tannate de pelletiérine (0 gr. 20 à 0 gr. 40 délayés dans un peu d'eau).

Si toutefois le praticien n'avait à sa disposition que la solution de tannate de pelletiérine dont nous avons parlé, il pourrait s'en servir en administrant en même temps, par mesure de prudence, quelques grammes de tannin, afin que celui-ci qui s'absorbe très vite, se trouve toujours en quantité suffisante pour insolubiliser l'alcaloïde dans son trajet intestinal.

E. Vogt.

Incompatibilité d'un mélange de calomel et de magnésie par P. Joncoux (*Bulletin des sciences Pharmacologiques* décembre 1899). — Ayant eu à exécuter des cachets ainsi formulés :

Calomel à la vapeur ..... 10 centigr.
Magnésie anglaise ..... Q. S.
Pour un très petit cachet ..... F. S. A. N° 12

L'auteur s'est demandé si un tel mélange ne pouvait pas être susceptible de réaction chimiques lorsqu'on le mouille, ce qui arrive forcément lors de la rupture du cachet dans l'estomac. En effet la magnésie, bien que fort peu soluble, l'est cependant assez pour bleuir le tournesol ; c'est donc une base forte, et comme telle, devant déplacer l'oxyde mercureux dans le calomel.

En délayant le mélange précédent dans l'eau distillée l'auteur a effectivement constaté la production d'une teinte gris-noirâtre confirmant son hypothèse. Il y a donc incompatibilité chimique entre ces deux médicaments. Cependant cette teinte grise était bien loin d'atteindre l'intensité que produirait une décomposition complète du calomel suivant l'équation.

$$Hg^2\ Cl^2 + Mg\ O = Hg^2\ O + Mg\ Cl^2\ ;$$

il semble en quelque sorte que la décomposition soit limitée.

Cette ordonnance ayant déjà été exécutée sans que rien de suspect n'ait été signalé, l'au-

teur s'est demandé s'il y avait incompatibilité physiologique. Pour élucider ce point il a entrepris les deux expériences suivantes, guidé par cette raison qu'il existe dans l'estomac de l'acide chlorhydrique et du chlorure de sodium et, dans tout l'organisme, au moins ce dernier sel.

En premier lieu, il a ajouté au mélange de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique en quantité bien insuffisante pour transformer toute la magnése en chlorure de magnésium : même après agitation prolongée, il n'est apparu aucune teinte grise appréciable.

Dans la deuxième expérience il a ajouté au mélange une solution de sel marin ; cette fois encore le mélange est resté blanc.

Ainsi donc, s'il y a incompatibilité chimique, il ne paraît pas, d'après ces deux expériences, exister d'incompatibilité physiologique, en vertu de la présence de l'acide chlorhydrique et des chlorures.

Malgré cela, l'auteur a tenu à signaler ce fait ; car si un client avait à prendre un tel mélange, non en cachets, mais en paquets, il ne manquerait pas de s'effrayer en les voyant changer de teinte au contact de l'eau. D'ailleurs, l'utilité de cette association mériterait une justification.

Il se pose là une question chimique dont la solution intéresserait certainement les praticiens et les théoriciens.

En vertu de quelles lois le calomel n'est-il plus décomposé par la magnésie dès qu'il y a des chlorures en présence ?

E. Vogt.

Sur les préparations à base de terpine, par H. Hieronimus (*Bulletin des Sciences pharmacologiques*, décembre 1899). — La terpine est un excellent médicament que le médecin hésite souvent à prescrire, par suite de la difficulté qu'il y a à en composer de bonnes préparations.

En cachets ou en pilules, on peut l'administrer à doses exactes, mais sous ces deux formes l'action de la terpine est moins énergique et elle est souvent mal supportée par le malade.

En potion, son insolubilité dans l'eau ne permet de l'employer qu'en suspension à l'état pulvérulent. Cette forme est toujours défectueuse car la quantité de médicament absorbée varie suivant le soin que le malade aura mis à agiter la bouteille.

Les « Elixirs de terpine » sont très instables et laissent souvent déposer le médicament à l'état cristallin, si bien que l'élixir va s'appauvrissant de jour en jour jusqu'à ce que la terpine soit complètement cristallisée sur les parois du récipient. De plus ces élixirs ne sont pas miscibles à l'eau et le peu de terpine qu'ils pouvaient encore contenir se trouve alors complètement précipité ; d'où impossibilité de les introduire dans une formule de potion.

Voici une préparation qui n'a aucun de ces inconvénients.

Terpine.....	20	grammes
Alcool à 90 degrés....	300	—
Glycérine neutre à 30 degrés.....	670	—
Teinture de vanille....	10	—

Faire dissoudre la terpine dans l'alcool et y ajouter la teinture de vanille puis la glycérine.

C'est en somme, un élixir. Il contient exactement 2 gr. 0/0 de terpine, il est d'une stabilité absolue et peut se mélanger aux sirops et à l'eau, en toutes proportions, sans que le médicament soit précipité.

Le « Sirop de terpine » au sens propre du mot ne peut exister. Cependant on pourra obtenir un produit très commode, auquel on pourra donner le nom de sirop, en adoptant la formule suivante :

Elixir de terpine (précédente formule)....	500	grammes
Sirop simple.....	500	—

Ce sirop contiendra encore exactement 1 gr. 0/0 de terpine, sera assez actif pour être administré pur ou entrer dans la composition de potions à formule complexe, et ces potions, qui resteront absolument limpides, contiendront à l'état de solution telle dose de terpine que l'on voudra.

Le médecin aura ainsi le médicament sous sa meilleure forme active et avec dosage parfait. Il sera donc certain d'obtenir les bons résultats qu'il attend de sa médication.

E. Vogt.

Essais cliniques sur l'action de la dionine, (*Klin. therap, Wochenschrift* n° 46, 1899). Nous avons déjà attiré l'attention des lecteurs de la Revue de Thérapeutique sur ce succédané de la morphine ; Heim l'a soumis à une expérimentation nouvelle, et a reconnu que si la dionine provoque parfois, contrairement à l'assertion de divers auteurs, de la constipation et quelques troubles du système nerveux (céphalées, nausées légères, etc.), elle ne produit jamais de phénomènes d'accoutumance.

Les formules principalement usitées par l'auteur sont les suivantes :

Dionine..... 0 gr. 30
Bicarbonate de soude..... 5 grammes.
Mêlées et divisées en X poudres : 3 à 4 poudres par jour.

Dionine..... 0 gr. 20
Eau de laurier-cerise..... 10 grammes.
XV gouttes 2 à 4 fois par jour.

On prescrira aussi avec avantage des suppositoires contenant 0,02 de substance active (2 à 4 suppositoires par jour).

L'effet analgésique commence 15 à 30 minutes après l'administration du médicament, et dure de 2 à 4 heures : on observe souvent de l'euphorie pendant ce temps. L'action sur la toux est souvent prolongée, l'action hypnotique souvent remarquable : le résultat est assez variable sous ce rapport, mais devient beaucoup plus certain si on associe la dionine (0,02 à 0,03 grammes) au bromure de potassium (1 à 2 grammes). Le réveil est toujours exempt de troubles nerveux. Si l'insomnie est due à la présence de phénomènes douloureux, on pourra associer la dionine au pyramidon (0,25 à 0,50 grammes) ou à la phénacétine.

Le médicament a été administré dans 6 cas de coliques hépatiques, 2 d'ulcère rond (associé au bismuth), 5 de névralgie, 3 de gastralgie, etc, comme analgésique : dans 10 cas de bronchite, 8 de phtisie pulmonaire, pour calmer la toux, et dans 3 cas de névralgie, 2 de pleurésie, etc., comme hypnotique. Les résultats ont toujours été fort satisfaisants, sauf dans 2 cas (lithiase rénale, gastralgie nerveuse), dans lesquels l'auteur échoua complètement. La morphine reste supérieure à la dionine au point de vue de l'action analgésique, car les cas réfractaires n'existent pour ainsi dire pas pour ce dernier médicament.

En résumé, on se trouve en présence d'un produit très maniable, préférable à la codéine, inférieur à la morphine, ne présentant en général pas d'inconvénients au point de vue de l'accoutumance ou des troubles accessoires.

E. Vogt.

Emploi clinique de l'extrait thyroïdien, par A. G. Servoss (*Merck's Archives*, novembre 1899). — Parmi les nouvelles médications dirigées contre le goître, l'extrait thyroïdien tient une place importante.

L'auteur a sous son observation plusieurs cas de cette affection où les résultats obtenus ont persisté depuis deux ans.

Pour le traitement de l'obésité et du goître exophtalmique les résultats sont moins favorables, quoiqu'il soit évident que cette médication amène une réduction de poids, une sensation de bien-être et ranime les facultés mentales affaiblies.

Il est facile à comprendre que chez des sujets atteints de désordres causés par l'absence de glande thyroïde l'introduction de l'extrait pourra remplacer la substance faisant défaut et combattre les troubles amenés par cette absence.

Dans le goître exophtalmique l'auteur, non seulement n'a pas obtenu de résultats par l'emploi de cet extrait, mais encore il croit pouvoir affirmer qu'il est nuisible à la circulation et au système nerveux. L'auteur croit que cette maladie diffère du goître ordinaire et du crétinisme en ce que le goître exophtalmique est dû à la surproduction du liquide thyroïdien, alors que les autres affections sont causées par l'absence de cette sécrétion. Pour le goître exophtalmique l'auteur admet que la meilleure médication consiste dans l'emploi d'un mélange d'extrait fluide de cactus grandiflora administré à la dose de 5 gouttes, trois fois par jour : on augmente graduellement jusqu'à 10 ou 12 gouttes trois fois par jour.

L'emploi de l'extrait thyroïdien a donné des résultats surprenants dans différents cas de goître et de crétinisme.

Dans un premier cas, l'auteur eut à traiter deux sœurs atteintes de goître congénital chez l'une, et ayant apparu dans la douzième année chez l'autre; toutes deux présentaient de légers symptômes de crétinisme et des signes évidents de scrofule.

Dans chacun de ces cas, la glande, à peu près de la grosseur du poing, présentait deux kystes contenant du liquide; on observait en outre une certaine déformation des membres (jambes torses), une démarche maladroite, une voix rauque, etc.

Lorsque ces malades furent amenées à l'auteur elles avaient été traitées sans succès par les iodures et des topiques variés.

Par l'emploi de l'extrait thyroïdien, l'amélioration se menifesta immédiatement et au bout de soixante jours le goître était réduit de moitié, les symptômes atténués. Pendant une suspension du traitement, les troubles revinrent graduellement, mais à la reprise de la médication les bons effets se manifestèrent de nouveau.

D'autres cas de goître ordinaire, traités par l'extrait thyroïdien et des séances d'électricité galvanique tous les deux jours, ont donné des résultats très satisfaisants et durables, le traitement a été arrêté dans ces cas depuis deux ans : pas de récidive depuis.

Le plus intéressant des cas que l'auteur a eu à observer est celui d'une fillette de trois ans, atteinte de crétinisme. L'enfant marchait et parlait très difficilement. La bouche était constamment ouverte laissant pendre une langue baveuse. La fontanelle n'était pas complètement fermée. La tête paraissait trop grande pour le corps.

A l'examen, l'auteur ne trouva pas trace de glande thyroïde, mais découvrit une cicatrice du côté droit du cou, au-dessous de l'oreille. Il apprit que jusqu'à l'âge de onze mois, l'enfant avait été très normal de corps et d'esprit. Vers

cette époque il se produisit un abcès qui ne guérit qu'au bout de plusieurs mois, et qui paraît avoir détruit presque toute la glande thyroïdienne. On s'aperçut alors de l'arrêt de croissance chez l'enfant, qui fut amenée à l'auteur pour une constipation rebelle.

L'auteur ayant reconnu la nature du mal ajouta au traitement de la constipation la médication thyroïdienne.

Depuis huit mois que l'enfant est en traitement, il s'est produit une grande amélioration dans son état. Elle parle plus distinctemement; au repos la bouche est fermée; la constipation et le météorisme ont disparu par l'usage d'un peu de cascara sagrada associée à l'extrait thyroïdien. Bref, l'enfant reprend rapidement l'aspect d'un enfant normal, grâce à cette médication qui rétablit la sécrétion supprimée par l'absence de la glande. La fontanelle se referme petit à petit.

Quoique cette enfant n'ait pas été en traitement assez longtemps pour que l'auteur puissse présager de l'avenir, sa conviction est que, par l'emploi continu de ce remède, elle grandira et se développera comme les autres enfants; mais dès que le traitement sera interrompu elle retombera dans les mêmes inconvénients qu'auparavant. Il est probable que l'abcès n'a pas détruit complètement la glande, il doit en rester une portion qui suffit à la vie, mais qui ne suffit pas au développement normal.

C'est pourquoi l'auteur a conseillé aux parents de diminuer graduellement la dose mais de ne jamais cesser la médication. Pour le goître, les conditions sont différentes parce que la glande n'est pas détruite; un traitement temporaire pourra donc suffire dans la plupart des cas.

E. Vogt.

Emploi du Tannigène *(Therap. Monatshefte,* janvier 1900). — Manasse a traité 10 enfants et 8 adultes avec ce produit. Les enfants présentaient de l'entérite catarrhale depuis 2 à 3 jours, à l'exception de quelques-uns qui étaient déjà atteints depuis longtemps de diarrhées.

Aux nourrissons, on donnera 3 à 4 fois par jour 0 gr. 15, aux enfants plus âgés des doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 30. Quand la diarrhée est récente, elle est enrayée au bout de 6 à 8 doses; les enfants acceptent très aisément ce médicament.

Les 8 adultes, atteints d'entérite catarrhale aiguë, reçurent quatre fois par jour 0 gr. 50 de tannigène, sans autre médication: au bout de 2 jours, tous les accidents avaient disparu. Il est toutefois préférable de continuer à administrer pendant quelques jours encore 3 doses semblables.

En résumé, le produit ne provoque jamais de troubles accessoires: il ne présente ni saveur ni odeur, et semble tout spécialement indiqué en cas de diarrhée saisonnière.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MIGRAINES

A. Migraine vulgaire.

1° Traitement des accès.

L'*antipyrine* est un médicament pour ainsi dire spécifique, mais qui cependant n'agit pas chez tous les malades; qui de plus peut-être contre-indiqué formellement s'il existe des lésions rénales.

Les doses à employer varient suivant les cas. Parfois 0 gr. 50 suffisent. D'autres fois il est nécessaire d'administrer jusqu'à 3 et 4 grammes pour obtenir un résultat. Quand on est obligé d'avoir recours à ces doses élevées, il est nécessaire de les fractionner; on donne par exemple 0 gr. 50 toutes les demi-heures.

On administre l'antipyrine en solution dans l'eau de Vichy, ou mieux encore en cachets, associée à quantité égale de bicarbonate de soude, ou bien encore sous forme de granulé effervescent.

Si l'intolérance gastrique met obstacle à l'administration par la voie gastrique, on a recours à la voie intestinale. On donne un quart de lavement (125 grammes d'eau) contenant la dose médicamenteuse.

Exalgine. — Moins active en général que

l'antipyrine ; de plus expose à des accidents. Dose maxima 0 gr. 25 en cachet.

Acétanilide ou *antifébrine*. — Mêmes obsertions relatives à la toxicité. Dose maxima 1 gramme à fractionner par prises de 0 gr. 20.

Phénacétine. — 1 gramme par cachets de 0 gr. 25 d'heure en heure. Agit parfois alors que l'antipyrine est inefficace.

Sels de quinine. — Peu actifs.

Parfois ces divers médicaments, associés à petites doses, sont plus efficaces que quand ils sont administrés isolément :

Acétanilide.....	0 gr. 20
Phénacétine.....	0 gr. 10
Valérianate de quinine.....	0 gr. 05 (Hirtz)

pour un cachet.

Salicylate de soude vanté par Lauder Brunton à doses de 1 à 2 grammes.

Bleu de méthylène recommandé par Benus Lewy, en cachets de 0 gr. 10, quatre ou cinq fois par jour.

Café et caféine. — La caféine peut être prescrite en potions.

Caféine.....	ââ 7 grammes
Benzoate de soude..	
Eau.....	250 —

0 gr. 14 environ par cuillerée à café ; six, en trois fois, à deux heures d'intervalle entre chaque prise ; ou en pilules :

Sulfate de quinine.....	ââ 0 gr. 05
Caféine.....	
Extrait de quinquina.....	qs.

pour une pilule, 2 à 6,

La caféine est souvent rejetée presque immédiatement par l'estomac ; aussi est-il préférable d'avoir recours à l'administration par la voie sous-cutanée : le *paullinia* a été prescrit à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme de poudre, en cachets. N'agit que par la caféine qu'il contient.

Le nitrite d'amyle, l'ergotine, le bromure de potassium sont inefficaces.

Par contre l'*aconitine* peut triompher d'hémicranies rebelles ; mais il importe de ne pas administrer plus d'un demi-milligramme, par *doses fractionnées*.

Il n'existe pas de médications différentes à opposer à la migraine blanche et à la migraine rouge.

Les moyens externes : massage, faradisation, galvanisation restent sans effets.

2° Traitement prophylactique.

Consiste essentiellement dans l'observation d'un régime alimentaire sévère et d'une hygiène convenable,

Le migraineux doit manger modérément, s'abstenir de boissons alcooliques et même boire exclusivement de l'eau. Il doit s'abstenir de viandes fortes, de gibier, de charcuterie, de moules, écrevisses, homards, d'épices, de fromages fermentés, Le lait, les légumes entreront pour une part importante dans l'alimentation.

L'usage du tabac est à interdire.

La vie sédentaire ne convient pas aux migraineux, qui doivent se livrer chaque jour à un exercice suffisant : marche, bicyclette, escrime.

Il importe de porter l'attention sur les anomalies de la réfraction (astigmatisme, hypermétropie, myopie) qui constituent parfois des causes occasionnelles importantes.

L'hydrothérapie (douches écossaises, douches froides) le massage complètent avantageusement le traitement hygiénique.

L'alcalinothérapie, le lavage par les eaux diurétiques telles que celles de Contrexéville, d'Evian, de Vittel, de Martigny sont indiqués chez les arthritiques, les goutteux. A ces derniers Hirtz fait prendre tous les soirs l'une des pilules suivantes, dans un verre d'eau de Vichy :

Valérianate de quinine..	1 gramme
Extrait de colchique....	0 gr. 20 à 0 gr. 45
Extrait de digitale.....	0 gr. 20
Extrait d'aconit.....	0 gr. 10

pour 10 pilules.

Chez les neurasthéniques, on se trouvera bien parfois de l'usage des phosphates alternant avec celui de l'arsenic, associé ou non au fer. On peut prescrire chez eux avec avantage, quand l'état gastrique le permet ; la teinture de Mars et la liqueur de Fowler :

Teinture de Mars...	ââ 10 grammes
Liqueur de Fowler.	

X gouttes au milieu de chaque repas.

B. Migraines ophtalmique et ophtalmoplégique.

Bromure de potassium à hautes doses (4 à 6 grammes).

1re semaine	2 à 3	grammes
2e —	3 à 4	—
3e —	4 à 5	—
4e —	5 à 6	—(Charcot)

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 28 mai 1900, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. MM. les Docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, du lundi 23 avril au samedi 5 mai suivant exclusivement.

Une victime du devoir professionnel. — M. le Dr Devay, médecin de la maison d'aliénés tenue par les Frères Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, vient d'être assassiné par un de ses malades. Le mardi, 23 janvier, M. Devay vaccinait les pensionnaires de la maison. Pendant qu'il pratiquait cette petite opération, un aliéné le frappa violemment au bas-ventre avec un tiers point qu'il cachait soigneusement sous ses vêtements. L'instrument fit une terrible blessure, perforant les intestins. Malgré le transport immédiat de M. Devay a l'hôtel-Dieu et la laparatomie que pratiqua aussitôt M. le Dr Jaboulay, le blessé a succombé à une péritonite suraiguë.

M. le Dr E. Devay occupait parmi les aliénistes un rang distingué. Il collaborait depuis plusieurs années aux *Archives de neurologie* dans lesquelles il publia plusieurs mémoires originaux entre autres, en 1897, un travail intitulé : « *Mélancolie et goître exophtalmique.* » Au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, en 1895, il fit une communication remarquée, sur la *Mélancolie chez les syphilitiques.* Il dirigeait, en outre, avec talent, un journal de médecine mensuel *L'Echo médical de Lyon* qui en est à sa quatrième année de publication.

La mort tragique de ce confrère distingué a causé une vive émotion dans le corps médical lyonnais.

Service médical de nuit. — Dans l'étude du budget de la préfecture de police, le rapporteur, M. G. Villain, a montré que les dépenses du service médical de nuit ont augmenté d'une façon constante de 1876, époque de sa création, à 1896 ; à partir de 1897, où le service fut réorganisé, les dépenses ont diminué de 72,000 francs en trois ans. Dans ce même laps de temps, les recettes provenant du recouvrement du prix des visites de nuit par les percepteurs ont atteint 39,974 francs, ce qui, avec la diminution de dépenses de 72,000 francs, porte à près de 112,000 francs les économies réalisées par la ville de Paris. Le rapporteur annonce que, tout en payant aux médecins la somme de 10 francs par appel pendant toute l'année 1899, cet exercice présentera un boni d'au moins 10,500 francs sur le crédit affecté au service médical de nuit. Ce boni sera ajouté, en prévision des dépenses qui peuvent survenir extraordinairement au moment de l'Exposition, au crédit ordinaire qui est fixé, comme celui de l'an dernier, à 145,000 francs.

Dans les chiffres fournis au Conseil municipal, le bilan de l'année 1899 se fait remarquer par une diminution notable des dépenses et une importante augmentation des recettes. Cet heureux résultat est dû, en grande partie, à une circulaire de M. le Préfet de police, adressée dans le courant de l'année aux postes de police, qui est communiquée à toute personne venant réclamer les soins d'un médecin du service de nuit. Les proches du malade sont prévenus qu'ils devront rembourser le prix de la visite au percepteur de leur arrondissement, la gratuité étant réservée aux seuls indigents. Cette circulaire a certainement restreint le nombre des visites, et nous connaissons un arrondissement, qui est un des premiers par le nombre des réquisitions médicales, où plus d'une personne, après avoir lu cette décision préfectorale, est partie sans demander le médecin de nuit.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de l'appendicité, par Félix Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, n° 18 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr Critzman, directeur), 1 br. gr. in-8° (Masson et Cie, édit.)

Fidèle au programme qu'il s'était donné de tenir le public médical au courant des grandes questions à l'ordre du jour, l'*Œuvre médico-chirurgical* vient de consacrer un nouveau numéro au traitement de l'appendicite. Dans sa première monographie (actuellement épuisée), le Dr Legueu discutait la cause et la pathogénie de cette affection ; c'était le prélude nécessaire à la définition d'une formule thérapeutique définitive.

L'heure est venue de dégager des discussions et controverses la conclusion pratique, la ligne de conduite à suivre, la formule thérapeutique à adopter. A cet effet, l'auteur, après avoir rapiment esquissé les données du problème, étudie les différentes indications thérapeutiques présentées à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie. Que faut-il faire lorsqu'il y a péritonite généralisée ? Il faut opérer. — Quand il y a abcès péri-cæcal ? Il faut opérer. Dans l'appendicite aiguë, sans tuméfaction et sans péritonite, les discussions ont été plus chaudes, aussi, le chapitre consacré à l'éude de cette intéressante donnée est-il particulièrement intéressant : tous les points sont envisagés, aussi bien ceux qui concernent le traitement purement médical que ceux qui se rapportent à l'intervention sanglante. — La seconde partie est consacrée aux différentes opérations de l'appendicite : les interventions pour péritonite suppurée, pour suppuration iliaque, la résection de l'appendicite sont étudiées dans tous leurs détails de médecine opératoire et, pour ne rien omettre, le Dr Legueu examine le traitement des éventrations possibles.

Cette monographie essentiellement pratique aura le succès de son aînée avec laquelle la collection du Dr Critzman a si heureusement débuté.

Les lois de l'énergétique dans le régime du diabète sucré, par le Dr E. Defourt, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon, médecin de l'hôpital thermal de Vichy, N° 19 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, (Dr Critzman, directeur), Masson et Cie, éditeurs. 1 brochure gr. in-8°..... 1 fr. 25

L'auteur débute par établir, d'après les recherches du professeur Bouchard, que le mécanisme pathogénique du diabète est un ; il s'agit toujours d'une insuffisance de consommation du sucre par les tissus. La glycosurie alimentaire n'est que l'exagération d'un processus physiologique, mais la distinction clinique est impossible. Le second chapitre est consacré à l'étude des divers générateurs du glycogène et du sucre. Il paraît indubitable que les graisses sont capables de fournir du sucre dans de certaines conditions, mais il s'agit seulement d'un phénomène de défense de l'organisme et le sucre ainsi produit est consommé par les tissus. Puis vient l'étude des conditions qui doit remplir le régime du diabète au point de vue des lois de la production et de la conservation de l'énergie. L'importance du maintien de l'équilibre azoté chez le diabétique est mise en lumière. Ce serait là le critérium de l'état de santé réel du malade, malheureusement, cette recherche nécessite des analyses compliquées ; cependant, connaissant la constitution en azote des divers aliments, on peut avoir des données approximatives suffisantes pour la direction du traitement. Cela a d'autant plus d'importance que, quelle que soit la cause immédiate du coma diabétique, il survient lorsque la désassimilation des albuminoïdes se fait en masse. Les aliments sont étudiés ensuite au point de vue de leur valeur énergétique ; une série de tableaux donne leur composition centésimale et le chiffre de calories que 100 grammes en peuvent développer.

L'auteur consacre plusieurs pages à la réfutation de la loi de l'isodynamie, généralement adoptée jusqu'aux travaux du professeur Chauveau et de ses élèves. La valeur tropique d'un aliment n'est pas la même que sa valeur calorifique, cette valeur trophique est fournie par le calcul de sa valeur insoglycosique ; c'est-à-dire qu'un aliment, au point de vue de la nutrition ne vaut pas par la somme de calories qu'il peut produire, mais par la quantité de sucre que sa transformation est capable de donner. — L'étude de l'application de ces principes aux diverses formes de diabete termine la monographie.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR 1899.

(*Suite*)

Prix Vernois. — 700 francs. — L'Académie partage le prix entre M. Dupard, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé du gouverneur militaire de Lyon (La fièvre typhoïde dans les Alpes et l'assainissement des régions alpines), et M. Ed. Imbeaux, ingénieur des ponts et chaussées, directeur du service municipal de Nancy (Les eaux potables et leur rôle hygiénique dans le département de Meurthe-et-Moselle).

Mentions honorables à :

MM. Bomet, professeur à l'école de médecine de Marseille, et Huon, vétérinaire inspecteur général du service des viandes aux abattoirs de Marseille (Etude de la tuberculose à Marseille ; sa prophylactie).

M. A Morel, vétérinaire sanitaire aux abattoirs de Vaugirard, Paris (Des clos d'équarrissage ; industrie, hygiène publique et professionnelle, police sanitaire et législation).

M. L. Chastang, médecin de 1re classe de la marine (Nos pêcheurs d'Islande, hygiène et pathologie professionnelles, assistance médicale).

M. A Chuquet, de Cannes (L'hygiène des tuberculeux).

M. E. Mauchamp, de Chalon-sur-Saône (L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé).

M. Péker, de Maule (Seine-et-Oise). (La puériculture intra et extra-utérine par l'assistance scientifique et matérielle à domicile).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — 1° Médaille d'or : M. A. Carnot, membre de l'Institut, pour l'ensemble de ses travaux relatifs à l'analyse chimique des eaux minérales.

2° Rappel de médaille d'or : M. Seine-Lagrange, Cauterets.

3° Médailles d'argent : MM. Bénard, Saint-Christan; Bernard, Plombières; Fiquet, Aix-les-Bains; Niepce, Allevard; Pessez, Châtel-Guyon.

4° Rappels de médailles d'argent : MM. Censier, Bagnoles-de-l'Orne; Chiais, Evian; Dresch, Ax; Duhourcau, Cauterets; Forestier, Aix-les-Bains; Morice, Néris; Royer, Challes; Verdenal Eaux-Chaudes.

5° Rappel de médaille de bronze : M. Poulain, Bagnoles-de-l'Orne.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — 1° Rappel de médaille d'or : M. Ponnetier, Rouen.

2° Médailles de vermeil : MM. Boquin, Autun; Delacour, Rennes; Ollé, Saint-Gaudens.

3° Rappel de médailles de vermeil : MM. Balestre, Nice; Vergely, Bordeaux.

4° Médailles d'argent : MM. Baudin, Besançon; Hoël, Reims; Legrain, Bougie; Legros, Rochefort; Loir, Tunis; Mordret, Mans.

5° Rappels de médailles d'argent : MM. Cavaillon, Carpentras; Jaubert, méd.-major, Saint-Martin-de-Ré; Lesueur, Bernay; Magnant, Gondrecourt; Mantel, Saint-Omer; Marly, méd.-major de 1re cl., Belfort; Reumaux, Dunkerque; Rouget, méd.-major, Alger.

6° Médailles de bronze : MM. Alirol, Puy; Aubry, Sétif; Billet, Lons-le-Saunier; Bruncher,

Batna; Courtade, Outarville, Loiret; Crèvecœur, Calais; Descosse, méd.-major, Sfax, Tunisie; Deumier, méd.-major, Lorient; Féraud, Philippeville; Ficatier, Bar-le-Duc; Joly, méd.-major, Teniet-El-Haad, Algérie; Lagrange, Châlon-sur-Saône; Lestonquoy, Arras; Misset, Dijon; Mougeot, Saïgon; Peltier, Sedan; Pillet, Niort; Piquet, Constantine; Quenouille, Sens; Quéré, Quingamp; Schwartz, Arris, Constantine.

7° Rappels de médailles en bronze : MM. Bergasse, méd.-major, Valence; Dezautière, Nièvre; Gauthier, Charolles; Paris, Maxéville, Meurthe-et-Moselle; Provendier, méd.-major, Guingamp; Tartière, méd.-major, Lyon.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1° Médailles d'or : M. Barthès, Chartres.

2° Médailles de vermeil : MM. Audoin, insp. départ., Périgueux; Bauzon, Châlon-sur-Saône; Tourneur, insp. départ., Saint-Etienne.

3° Rappels de médailles de vermeil : MM. Baratier, Jeugny, Aube; Brallet, Thillot, Vosges; Delobel, Noyon, Oise; Denizet, Château-Landon, Seine-et-Marne; Dermigny, Saint-Simon, Aisne; Durand, Saint-Martin d'Auxigny, Cher; Gaudeffroy, Vatan, Indre; Girat fils, Neuvy-Saint-Sépulcre, Indre; Grosjean, Montmirail, Marne; Jenot, Dercy, Aisne; Joly, Fauquembergues, Pas-de-Calais; Lauth, Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise; Lebault, Saint-Vit, Doubs; J. Lemoine, Paris; Pelvet, Vire, Calvados; Regnould, Villeneuve-la-Fuyard, Yonne; Serrès, insp. départ., Nevers; Lelimouzin, insp. départ., Nantes.

4° Médailles d'argent : MM. Chavanon, La Rochelle; Clary, Cahors; Courtade, Outarville, Loiret; de Welling, Seinr-Inférieure; Zavitziano, Constantinople; Meigne, insp. départ., Niort Roche, insp. départ., Grenoble; Rouveyre, insp. départ., Privas.

5° Rappels des médailles d'argent : MM. Auvert, Aurillac; Bec, Avignon; Bouju, Orléans; Frémicourt, Jaulgonne, Aisne; Laurent, Saint-Saulge, Nièvre; Boucoiran, insp. départ., Angoulême; Geay, sous-insp., Rennes; Martin-Dupont, insp. départ., Montpellier.

6° Médailles de bronze : MM. Benoist, Vannes; Corneau, Authon, Eure-et-Loir; Cosson, Epinal; Danvin, Koléa, Algérie; Faidherbe, Roubaix; Gignoux, Lyon; Gloppe, Roanne; Gomet, Guéret, Creuse; Guillemant, Bourlon, Pas-de-Calais; Hamel, Saint-Brieuc; Joly, Bourges; Loridan, Brou, Eure-et-Loir; Moufler, Villers-Cotterets, Aisne; Ruffié, Gardanne, Bouches-du-Rhône; Sellier, Versailles; Servas, Bourg; Subercaze, La Ferté-Alais, Seine-et-Oise; Vérette, Besançon, etc., etc.

7° Rappels des médailles de bronze : MM. Chabenat, La Châtre, Indre; Delavalle, Sailly-sur-la Lys, Pas-de-Calais; Heurteau, Fay-aux-Loges, Loiret.

SERVICE DE LA VACCINE. — Un prix de 1,000 fr. à partager ainsi :

500 fr. à M. Crimail, Nantes;

500 fr. à M. Schwartz, Arris, Constantine.

Des médailles d'or, à : MM. Casteret, méd. aide-major, Toulouse; Drouineau, méd. aide-major Vincennes; Greghre, Mascara, Algérie; Rouget, méd.-major, Alger.

Des rappels de médailles d'or à : MM. Cassedebat, Le Puy; Chonnaux-Dubisson, Villers-Bocage; Lop, Marseille; Simond, méd.-princ. des colonies, Saïgon.

Des médailles de vermeil à : MM. Augry, méd.-major, Querqueville, Manche; Bossion, La Medjana, Constantine; Carpot Saint-Louis-du-Sénégal; Cognacq, méd. de 1re cl. des col., Saïgon; Coste, Marseille; Crozes, méd. de colon., Aïn-Béda, Constantine; Faidherbe, Roubaix; Tédeschi, méd. des col., Nam-Din, Tonkin; Vergoz, méd. princ. des colon., Mme Laborde, Bergerac.

Des rappels de médailles de vermeil, à : MM. Bernhard, méd.-major, Géryville, Oran; Duvernet, Paris; Fuset du Pouget, Casteljau, Ardèche; Laffage, Dra-el-Mizan, Alger; Lagarde, Montauban; Mougeot, Saïgon; Poujol, Alger; Trolard, Alger; de Welling, Rouen; Mme Jauze, Tarascon.

(A suivre).

TRAVAUX ORIGINAUX

Lithectomie cholédochienne (1)

Par J. Pantaloni.

Définition. — La *lithectomie cholédochienne* est, d'après Marcel Baudouin, l'opération qui consiste à s'ouvrir une voie, en un point quelconque des voies biliaires, laissant de côté bien entendu le cholédoque, pour procéder à l'extraction des calculs de ce canal.

Synonymie. — Le mot *cholédocho-lithectomie* eût été plus logique peut-être; mais il n'a pas été choisi par Marcel Baudouin, parce que beaucoup d'auteurs l'emploient pour désigner la cholédochotomie typique, et qu'il est difficile de faire revenir les chirurgiens sur les dénominations qu'ils ont une fois utilisées.

On a proposé aussi la dénomination d'*Evidement* (Ausrœumung) ou *Curetage du cholédoque* (Rose, 1899); mais nous avons déjà dit pourquoi il fallait rejeter ce terme.

Variétés. — L'opérateur ne se trouvera jamais embarrassé, puisqu'il peut procéder soit par le canal cystique (*voie cystique*), soit par le canal hépatique (*voie hépatique*), soit par le duodénum (*voie duodénale*), soit par la vésicule biliaire (*voie cholécystique*).

On s'arrête en général, aujourd'hui, à la *voie cholécystique*; c'est, en tout cas, la plus employée, et la seule que nous décrirons ici, avec la *voie duodénale*, qui s'applique à des cas particuliers (2).

1° A proprement parler, cette opération par la *voie cholécystique* n'est guère qu'un des temps de certaines cholecystotomies; mais, si cette voie est toute naturelle pour l'extraction des calculs du canal cystique, il n'a pas été donné aussi souvent de passer par la vésicule biliaire pour parvenir jusqu'au cholédoque. Et, en effet, il n'est pas toujours facile de faire cheminer un instrument préhenseur à travers le canal cystique, pour gagner le cholédoque, et, après avoir saisi le calcul arrêté, de le ramener.

(1) Extrait de la *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, par J. Pantaloni, 1 vol. in-8, 626 pages avec 348 figures dans le texte. Paris. Institut de Bibliographie scientifique. Les clichés des figures de cet article nous ont été obligeamment prêtés par M. Marcel Baudouin.

(2) Jusqu'à présent, nous ne connaissons pas en effet d'observations, absolument probantes, de *lithectomie cholédochienne par voie hépatique* ou *cystique*; mais ces opérations sont parfaitement possibles dans certains cas.

Souvent il arrive d'ailleurs que les voies biliaires *accessoires* sont peu dilatées : ce qui est une cause de plus pour avoir un échec, cause qui explique surabondamment l'emploi assez rare de cette méthode. Aussi ne nous étendrons-nous que modérément sur cette variété.

2° Il n'en est pas tout à fait ainsi de la *lithectomie cholédochienne par voie duodénale*, qui a peut-être plus d'avenir, quoiqu'elle ne soit de miseque dans des circonstances toutes spéciales.

Nous allons donc consacrer un paragraphe spécial à chacune de ces deux variétés d'opérations, à manuel opératoire très distinct.

I. — Lithectomie cholédochienne par voie cholécystique.

Définition. — Comme nous l'avons dit, cette opération consiste à extraire, par la vésicule ouverte, c'est-à-dire après cholécystotomie, les calculs du cholédoque.

Synonymie. — C'est à cette variété de lithectomie que Rose a réservé plus spécialement, mais à tort, la dénomination d'*Evidement* ou de *Curetage des voies biliaires*.

Historique. — Des diverses voies par lesquelles l'opérateur peut atteindre un calcul du cholédoque, il semble que ce soit la seule qui ait été employée pendant longtemps et au début des interventions sur ce canal.

Un des premiers cas est de Langenbuch et date de 1886. On en trouve, d'autre part, trois observations, citées dès 1890 par Courvoisier, dans son important ouvrage (Cas n°s 1615, 1643, 1688); et, si l'on veut bien y ajouter les faits relevés par Marcel Baudouin, on verra que les succès dus à son emploi sont déjà en assez grand nombre.

Mentionnons seulement les deux faits de M. Robson (1888 et 1892); puis ceux de Routier, Cabot (1892), Thiriar, Roux, Tuffier (1893), Routier (1894), Malcom, Hartmann (1895), Routier (1897); et enfin ceux de Rose, Erdmann (1898), etc.

Langenbuch qui, dans son traité, confond à tort cette opération avec le *massage du cholédoque*, donne pour ces deux interventions réunies le chiffre de 31 opérations, dont 22 guérisons, 7 morts et 2 suites douteuses; mais cette statistique, qui comprend des cas trop disparates, ne mérite pas d'être retenue.

Variétés. — Il existe deux variétés de cette opération, variétés dont nous allons retrouver la description au manuel opératoire.

1° La *Lithectomie pure et simple*;

2° *Lithectomie, après Cholédocholithotripsie,* c'est-à-dire après broiement préalable des calculs du cholédoque.

Manuel opératoire. — Après la laparotomie, deux procédés, comme nous venons de le dire, ont été, jusqu'à l'heure actuelle, mis en pratique pour cette lithectomie cholédochienne par la voie cholécystique.

I. Lithectomie simple. — Dans le premier procédé, il s'agit d'une *simple extraction* du calcul.

E. Rose (1898) a recommandé la *fixation préalable des concrétions* avec le doigt. Pour cela, il suffit que l'aide attire fortement en haut le foie et les fausses côtes : ce qui rend béant l'hiatus de Winslow et permet au doigt d'arriver jusqu'au cholédoque.

On pourra, comme Robson et E. Rose, introduire alors soit une petite *cuiller*, soit une *curette très fine* par la vésicule, et, grâce à elle, retirer doucement le calcul.

La curette flexible (E. Rose) est poussée avec précaution dans le cholédoque, en passant entre le calcul et la paroi. Ou bien encore on fera pénétrer une petite *pince* par la vésicule et le canal cystique, on la poussera jusqu'au cholédoque, que l'on trouve d'ordinaire un peu dilaté, et, arrivé là, on cherchera à prendre le calcul dans les mors.

Ainsi décrite, la manœuvre constitue, à proprement parler, l'intervention typique.

L'opération peut se terminer, soit par la fixation de la vésicule à la peau (cholécystostomie), ce qui est la règle ; soit par une suture de la vésicule (cholécystendyse), comme l'a fait Rose entre autres.

II. Lithectomie après cholédocholithotripsie. — Dans une deuxième méthode, on fait d'abord subir aux calculs, avant de les enlever, un *broiement* suffisant.

Alors seulement on procède à l'extraction de chacun des fragments obtenus. En un mot, c'est l'extraction précédée d'une véritable *lithotritie*, faite dans l'intérieur même du cholédoque (1).

Mais cette cholédocholithotripsie, secondaire en l'espèce, qui semblerait avoir pour but de faciliter l'extraction et d'en diminuer les dangers, est précisément une cause de difficultés. Exécutée dans l'intérieur des canaux biliaires, elle est loin d'être toujours aisée; et, comme il est possible de déchirer d'abord le cystique, puis le cholédoque lui-même en y procédant, elle aggrave le pronostic de l'intervention, plutôt qu'elle n'en facilite le manuel opératoire.

Par suite, on devra se réserver l'emploi à des cas spéciaux, lorsqu'on aura pu constater par exemple, des canaux biliaires très larges, ou qu'on aura la certitude de ne rencontrer que des calculs mobiles, presque flottants, ou très peu difficiles à broyer.

Suites. — Cette opération est d'un pronostic bien plus favorable que le massage du cholédoque. Sur les dix cas rassemblés par Marcel Baudoin, on ne note en effet que deux morts, deux mauvais résultats, et sept guérisons absolues, dont trois pour Courvoisier sur trois opérations. De plus les cas de mort de Langenbuch et Rose ont trait, l'un à une opération ancienne (1886) et complexe, au cours de laquelle on fit une cholécystectomie, la seule cause peut-être du décès; et l'autre, celui de Rose, à une intervention restée incomplète, mais très compliquée.

Il s'agit donc là d'une manœuvre à encourager, tout à fait différente, bien entendu, du massage du cholédoque; et nous ne comprenons pas pourquoi Langenbuch a mélangé ainsi deux opérations, en tout si dissemblables.

Il ne faut pas se dissimuler toutefois que l'exploration du cholédoque n'est pas absolument complète dans une telle opération, et qu'on peut laisser en place quelques calculs, surtout au voisinage de l'ampoule de Vater et dans le canal hépatique : ce qui est arrivé dans un cas récent (Rose, 1898), qui se termina d'ailleurs, comme nous l'avons signalé, par un décès.

Indications. — En conséquence, si, après un examen approfondi, on a acquis la certitude ou que les concrétions biliaires sont fixées solidement et fortement enclavées dans le canal cholédoque, ou que l'on aura quelques difficultés pour l'extraction complète de tous les calculs, mieux vaut, évidemment, s'armer de prudence et recourir à la cholédochotomie, car l'on est en droit d'attendre de cette dernière opération, d'après les

(1) A citer deux cas de Courvoisier (nos 1533 et 1625); un fait de Thornton (Courvoisier, no 1694); un cas de Tuffier (1893), entre autres.

statistiques les plus récentes, des succès aussi brillants que ceux fournis par cette variété de lithectomie cholédochienne.

De plus, un autre écueil, dont il faut tenir compte de suite, c'est la possibilité de trouver un *canal cystique rétréci* ou *obturé* et une vésicule biliaire *rétractée*. Or les travaux de Courvoisier, Terrier et M. Baudoin, ont démontré combien ces faits étaient fréquents dans la calculose cholédochienne. Si donc, en procédant à une tentative d'extraction, on sentait que le passage sera difficile par le canal cystique non suffisamment dilaté, il serait aussi inutile qu'imprudent d'insister; et l'on devrait ne pas hésiter à pratiquer aussitôt, le cas échéant, la cysticotomie, et ensuite, une lithectomie par *voie cystique*. Celle-ci, en effet, si elle n'est pas moins grave que la cholédochotomie, présente l'avantage d'être d'une exécution beaucoup plus aisée.

Après élimination de ces diverses circonstances, on comprend qu'il reste, en réalité, peu de faits absolument du ressort de l'intervention que nous étudions. Elle ne s'applique en effet, en tout cas, qu'aux CALCULS MOBILES DU CHOLÉDOQUE, quand les *voies biliaires accessoires ne sont pas rétrécies*, et quand il n'y a aucun de ces calculs arrêtés au voisinage de l'ampoule de Vater.

II. — Lithectomie cholédochienne par voie duodénale.

Définition. — Cette variété de lithectomie du cholédoque consiste dans le fait d'extraire, grâce à une *Duodénotomie* exploratrice préalable, les calculs inclus dans l'ampoule de Vater ou dans la partie rétroduodénale du cholédoque.

Historique. — C'est à M. Mac Burney (de New-York) que l'on doit la conception, l'exécution, et la réussite de cette opération, qu'il a pratiquée vers 1891 pour la première fois.

De son côté, Czerny, dès 1892, eut une idée à peu près analogue; mais elle a plutôt trait à la cholédochotomie transduodénale proprement dite. Depuis, le 8 décembre 1897, Czerny a fait la véritable opération de Mac Burney (Petersen, 1899).

Jusqu'à la fin de 1898, Mac Burney a eu l'occasion d'avoir recours à la même intervention dans cinq autres cas, toujours avec le même succès, sauf dans une circonstance spéciale où l'opération fut suivie de mort.

En novembre 1898, M. Robson, de son côté, avait exécuté deux fois cette opération (le 17 juin 1897 et le 3 mars 1898). Haasler (de Halle) a cité récemment un autre fait (1898). Carle a rapporté, tout dernièrement aussi (oct. 1898) qu'il avait eu l'occasion d'opérer *plusieurs* fois de cette façon, de même que H. D. Colins (1898). A citer encore un cas de S. White (1898). Ce qui fait au moins une quinzaine d'observations déjà.

Tous ces chirurgiens ont, au demeurant, pratiqué la lithectomie, après avoir fait au préalable une *incision* au niveau de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire une *cholédochotomie interne*.

Variétés. — Jusqu'ici, cette lithectomie a pu être effectuée sans *cholédocholithotripsie* préalable; mais, presque toujours, elle a été accompagnée d'une *incision libératrice*, au niveau de l'ampoule de Vater. Ce qui fait qu'on doit en distinguer au moins deux variétés :

1° La *lithectomie*, pure et simple;

2° La *lithectomie*, avec *incision* de l'orifice de l'ampoule de Vater (*Cholédochotomie interne*), puis *dilatation*.

Manuel opératoire. — Quoiqu'il s'agisse là d'une intervention, qui nécessite d'abord une laparotomie exploratrice, puis une duodénotomie exploratrice, l'opération en elle-même ne présente pas de grandes difficultés dans sa technique. Après avoir fait une laparotomie parabiliaire exploratrice, pour arriver à diagnostiquer la présence et la situation du calcul, lorsqu'on s'est bien assuré de sa position près de l'ampoule de Vater, et derrière l'anse d'intestin correspondante, on *incise le duodénum*.

I. Duodénotomie. — 1° *Incision*. — On peut, comme le font Mac Burney et M. Robson, recourir à une incision *longitudinale* sur la face antérieure de l'anse intestinale. Mac Burney recommande actuellement d'ouvrir au niveau de l'*anse descendante*, sur une étendue de 3 à 4 centimètres seulement.

Pourtant, rien n'empêche l'opérateur de pratiquer une ouverture *transversale*, s'il croit cette direction préférable, comme l'ont fait M. Robson dans un cas, et plusieurs autres chirurgiens, en particulier Pozzi, Terrier, Kocher, etc.

2° *Exploration*. — Après avoir bien mis à nu la paroi postéro-interne du duodénum on recherche l'ampoule de Vater, et on la dégage de façon à l'avoir sous les yeux constamment.

II. Lithectomie. — 1° *Lithectomie simple*. — Mac Burney, dans son premier cas, essaya de *dilater* l'orifice du cholédoque par l'introduction d'une *sonde* dans son orifice. Mais, après plusieurs efforts infructueux, il dut y renoncer; et il se décida de suite à faire une *incision libératrice* sur la papille et l'ampoule. Il put alors, avec un *instrument mousse*, (pince à forcipressure, etc.), achever la dilatation de l'orifice ainsi agrandi.

Il est certes possible que, dans certains cas, la dilatation puisse être obtenue, sans incision préalable, d'une manière très suffisante. Dans ce cas, évidemment, on ne fait qu'une *lithectomie* simple. Mais, d'ordinaire, il faut y ajouter la *cholédochotomie interne*.

2° *Lithectomie avec incision*. — Avant d'exécuter cette incision, il est bon de faire le *cathétérisme du cholédoque par la voie naturelle* (expression employée à dessein pour opposer cette variété de sondage au *cathétérisme rétrograde*, qu'on fait après incision sur les voies biliaires), pour se rendre compte exactement de la situation du calcul.

Le coup de bistouri doit être léger; et une incision libératrice de 1 centimètre suffit d'ordinaire. De suite, on aperçoit, au fond, l'extrémité du calcul qui fait saillie. Passant un doigt derrière la portion descendante du duodénum, on refoule vers l'incision de l'ampoule la partie terminale du cholédoque et on exprime, en quelque sorte, le calcul enclavé. Pressant alors avec le doigt sur le calcul, et le dirigeant en dehors, il est facile de le faire tomber, en l'énucléant de sa loge, dans l'intestin, d'où il est aisé de l'extraire.

Le cholélithe une fois enlevé, on fait à nouveau un *cathétérisme explorateur* soigné des voies biliaires, pour s'assurer qu'il ne reste pas d'autres concrétions, soit dans le cholédoque, soit dans l'hépatique, soit même dans les voies biliaires.

III. Fermeture du duodénum. — Le reste de l'opération est en tout semblable aux manœuvres ordinaires de la duodénotomie exploratrice, et ne comporte vraiment aucune considération spéciale.

Mac Burney ferme l'intestin à l'aide d'une suture au catgut à trois étages et lave la surface externe du duodénum et les parties voisines avec une solution chaude de chlorure de sodium. Robson fait une suture continue au catgut sur la muqueuse et à la soie sur la séreuse. Mac Burney termine par une laparorraphie exécutée à la soie, avec plusieurs plans de suture. Il laisse cependant, au centre de la plaie un petit orifice où il place un petit drain, destiné à drainer l'espace cellulaire sous-cutané. Robson ne draîne pas.

Nous avons, en somme, deux manœuvres accessoires à retenir dans la lithectomie

cholédochienne par voie duodénale : 1° L'*incision* libératrice ; 2° la *dilatation* ultérieure de l'orifice du cholédoque, préalablement incisé, manœuvres facultatives, qui peuvent être inutiles. Rappelons seulement qu'elles représentent, à peu de chose près, la manœuvre employée pour l'extraction de calculs de l'urètre arrêtés dans la fosse naviculaire, ou plutôt la *Cysticotomie interne* de Bernays.

Suites. — Les suites de cette opération sont celles de toute laparotomie. Mac Burney, dès le lendemain, fait boire à ses opérés de l'eau stérilisée par petites gorgées et administre toutes les quatre heures un lavement alimentaire. Le jour suivant, il donne un lavement purgatif. Mais on pourrait aussi bien suivre la pratique des autres chirurgiens en fait de chirurgie intestinale.

Mac Burney n'a perdu qu'une seule malade sur 6 cas. Encore ce décès n'a-t-il rien à voir avec l'opération (il a eu pour cause une intolérance gastrique toute particulière). Tous ses autres cas ont parfaitement guéri, de même que ceux de Robson, Haasler, Carle, etc.

Indications. — I. Il est évident qu'une opération de ce genre convient tout à fait AUX CALCULS DU CHOLÉDOQUE ENCLAVÉS AU NIVEAU DE L'AMPOULE DE VATER (*Fig.* 295), ou même ARRÊTÉS DANS LA PORTION RÉTRO-DUODÉNALE de ce conduit (*Fig.* 294). Comme elle n'est pour beaucoup, malgré sa complexité d'ailleurs apparente, qu'une cholédochotomie ordinaire, il est indiscutable que, dans de telles circonstances, c'est à elle qu'on doit avoir recours.

Fig. 294. — Calcul biliaire arrêté à l'entrée du duodénum, sous la partie rétroduodénale du cholédoque, à peine visible par l'intestin, mais faisant une saillie notable dans son intérieur. (D'après M. Robson, 1898).

Mais est-elle toujours applicable, dans ces cas très spéciaux, et assez fréquents, de calculose du cholédoque? Non, quoi qu'en pense Mac Burney.

Kocher a fait remarquer, en effet, et avec juste raison, qu'on ne peut pas l'employer pour tous les calculs enchatonnés dans l'ampoule, ou siégeant non loin de son orifice, car parfois la concrétion a un volume beaucoup trop considérable pour qu'il soit possible de l'énucléer par l'ouverture ainsi créée, même après une incision libératrice suffisante.

D'autres fois, les adhérences seront trop solides pour qu'on puisse songer à une lithectomie par ce procédé fort simple et d'exécution facile. Dans d'autres cas enfin, il sera à peu près impossible d'exécuter convenablement l'incision de l'ampoule. Il faut alors avoir recours à une intervention plus élégante, mais aussi moins aisée ; et c'est précisément celle à laquelle dut se résoudre Kocher dans un cas d'obstruction du cholédoque par un calcul biliaire, et qui lui fit imaginer la *cholédochotomie transduodénale.*

II. Kocher, on le voit, en inventant cette cholédochotomie nouvelle, a restreint, dans une certaine mesure, les indications de la lithectomie par voie duodénale. Mais Mac Burney, de son côté, a cherché, en revanche, à les étendre considérablement, en recommandant l'opération, non plus seulement pour les concrétions voisines de l'ampoule de Vater, mais aussi pour tous les CALCULS QUI SIÉGENT DANS LA PARTIE INTRAPÉRITONÉALE DU CHOLÉDOQUE, et qui d'ordinaire sont du domaine de la cholédochotomie classique.

Son raisonnement, quoique d'allure paradoxale, a beaucoup de vrai. Pour un opérateur habitué à la chirurgie abdominale, il est certain que, d'une part la duodénotomie explora-

trice n'aggrave pas beaucoup l'intervention ; et que, d'autre part, la remarque sur laquelle s'appuie Mac Burney pour étayer sa démonstration, a une très grande valeur.

Il a, en effet, raison de soutenir que les plaies du duodénum sont plus faciles à suturer et guérissent plus facilement que les incisions pratiquées sur le cholédoque par la voie

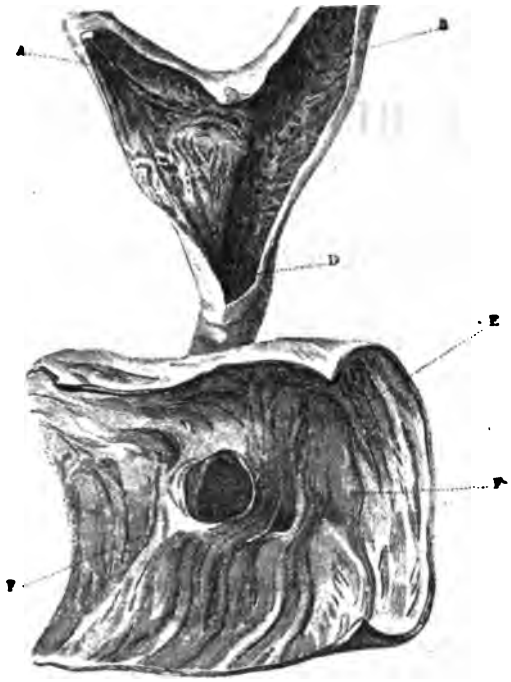


Fig. 295. — Calcul biliaire, très visible, enclavé dans l'ampoule de Vater, et presque sorti. — Les conduits biliaires sont en rétrodilatation et le calcul est sur le point de tomber dans la cavité du duodénum. — *Légende :* A, partie du cystique ouvert et dilaté ; D, cholédoque rétrodilaté ; E, calcul qui a passé dans les conduits et est sur le point de tomber dans le duodénum ; F. F, partie du duodénum étalée, dans lequel les valvules conniventes sont peu développés : ce qui est la règle dans cette partie du petit intestin. (Baillie, *Morbid anatomy*, 1888).

n trapéritonéale sous-hépatique. Et cela est surtout vrai quand on opère pour des accidents de lithiase biliaire, c'est-à-dire dans des cas où les parois des conduits sont très enflammées et d'une résistance peu considérable.

Ajoutons enfin que le chirurgien de New-York a raison d'insister sur les renseignements que peut fournir, en même temps, le *cathétérisme du cholédoque par l'intérieur du duodénum*.

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 7 février 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. Adrian, à propos du procès-verbal, présente une note concernant l'action de la *levure de bière*. L'intéressante note de M. Coirre force l'auteur, pour prendre date, à apporter plus tôt qu'il n'aurait voulu le faire une partie des résultats obtenus au cours de ses travaux.

Il y a lieu dès l'abord de faire deux petites observations au sujet des faits présentés par M. Coirre. Celui-ci annonce avoir obtenu le liquide net de « Buchner », c'est-à-dire un suc de levure contenant le ferment soluble capable de transformer la solution sucrée en CO^2 et en alcool, par le pilonnage de levure sèche que l'on humectait ensuite pour la presser à 1.000 kilogrammes.

M. Coirre ne dit pas s'il s'agit de 1000 kilogrammes par centimètre carré ; or, il serait important de le savoir, car Buchner a utilisé seulement une pression de 250 atmosphères, soit 250 kilogr. par centimètre carré.

D'autre part, l'auteur aurait désiré, non pas une seule expérience forcément douteuse, mais un grand nombre, pour permettre l'affirmation qu'il s'agit réellement du liquide de Buchner, car le fait est assez important pour que le question soit serrée de près.

Enfin, M. Coirre dit que la levure ne peut être conservée à l'état frais ; M. Adrian croit que les médecins qui préféreraient employer la levure en nature pourraient la conserver facilement en prenant la précaution d'y ajouter quelques gouttes d'éther par récipient, bien fermé, d'un litre de capacité. Ce procédé fort simple, a permis de conserver intacte une levure qui date déjà de plus de deux mois.

Ceci dit, voici le résumé des faits nouveaux observés dans les recherches entreprises sur la composition chimique de la levure de bière.

1° En plaçant de la levure fraîche dans un vase disposé sous une cloche en présence de vapeurs d'éther, ou mieux de chloroforme, on voit au bout de quelques jours surnager un liquide de densité 1,08 qui présente les caractères physiques et chimiques du liquide de Buchner, mais sans qu'il soit possible d'obtenir la transformation du sucre en alcool et acide carbonique.

(Cependant dans une expérience, en utilisant les toutes premières parties du liquide exsudé, l'auteur a pu obtenir un dégagement de traces de CO^2 avec une solution de glucose. Il signale le pour mémoire).

2° Si après avoir décarté le liquide ainsi obtenu, que l'on peut désigner sous le nom de suc protoplasmique, on le traite par trois volumes d'alcool absolu, il précipite en masse un produit amorphe blanc qui renferme les zymases et les sels calcaires. Parmi ces zymases c'est l'invertine ou sucrase qui est jusqu'ici seule décelable.

3° Si, après précipitation, on traite le liquide restant par la chaleur, on obtient, lorsque l'alcool a disparu par distillation, un extrait qui contient les produits protoplasmiques solubles dans l'eau et dans l'alcool. Redissous dans l'eau cet extrait précipite par les réactifs ordinaires des alcalis organiques. Si au lieu de procéder ainsi, on évapore a basse température et dans le vide, on obtient un extrait plus clair, qui lavé par l'alcool absolu donne une solution brune et laisse une matière blanchâtre. Le liquide brun évaporé fournit des cristaux, en longues aiguilles de réaction acide. La matière blanchâtre, que n'a point dissous l'alcool, est très soluble dans l'eau et précipite abondamment par les réactifs alcaloïdiques.

4° La partie solide qui reste après exsudation du liquide protoplasmique ci-dessus étudié, renferme encore une certaine quantité de ferments et de matière protoplasmique et aussi, pour la majeure partie, le squelette cellulosique de la cellule.

5° L'ensemble des zymases et l'extrait alcoolique ont pu être obtenus en quantité suffisante pour permettre des essais cliniques destinés à éclaircir la question du mode d'action de la levure de bière dans son emploi thérapeutique.

M. Bolognesi présente sur le même sujet quelques observations. Jusqu'à ce qu'il fût permis d'étudier sur le malade les produits extraits de la levure de bière, il était oiseux de discuter pour chercher à savoir quel était le principe actif de ce médicament, ou même si la levure ne devait son action qu'à sa qualité de ferment figuré.

L'auteur a donné en novembre les résultats comparatifs de l'emploi de la levure fraîche et de la levure sèche bien préparée.

M. Adrian annonçait alors qu'il continuait ses recherches sur la chimie de la levure et l'auteur a continué avec le plus grand intérêt à suivre ces expériences et à leur prêter le concours de son expérimentation clinique.

Il rappelle que le hasard a mis en sa possession toute une nombreuse classe de malades qui par profession sont voués aux éruptions cutanées d'origine digestive. Il lui était donc facile de continuer ses observations sur les mêmes sujets soit sur des sujets analogues.

Or, de ces essais comparatifs qui seront plus tard développés plus longuement, on peut déjà déduire les affirmations suivantes :

1° *Les zymases* obtenues par le procédé indiqué par M. Adrian, employées à doses correspondant à une quantité proportionnelle de levure, exercent sur les dermatoses une action thérapeutique certaine, mais plus lente; il faut forcer les doses ; mais l'auteur a certainement noté que l'action légèrement laxative de la levure en nature manquait dans l'usage de ces zymases, ce qui tend à démontrer que la levure n'agit pas par simple action laxative comme on a voulu le supposer ;

2° L'extrait alcoolique obtenu après séparation des zymases, jouit de son côté d'une action réelle sur les dermatoses et de plus, il reproduit l'action laxative de la levure;

3° Ces faits montrent clairement que les ferments solubles employés seuls sont actifs.

Quand à l'action de l'extrait il est impossible de supposer qu'elle soit due à la présence persistante de ferment soluble, car tout a été précipité.

Ce fait vient donc singulièrement compliquer l'interprétation pharmacodynamique du phénomène thérapeutique.

. . . . . .

M. Bardet présente une note sur *le mode d'emploi et quelques applications de l'orthoforme comme anesthésique local.*

On sait que l'orthoforme est un dérivé méthylique de l'acide métamido-paroxybenzoïque, produit insoluble tandis qu'un autre dérivé très voisin est bien soluble dans l'eau, c'est la nirvanine. Tous les deux sont des anesthésiques qui commencent à prendre une certaine importance dans la pratique médicale.

Comme il a été fait quelques objections contre l'emploi de l'orthoforme, l'auteur croit utile d'apporter quelques observations qu'il a eu l'occasion de recueillir et où ses effets ont été excellents.

Plusieurs accoucheurs ont fourni un nombre considérable d'observations favorables à l'emploi de l'orthoforme dans les crevasses du sein et entre autres M. Blondel, mais notre collègue Joanin a contredit ce dire et apporté une observation défavorable. M. Pouchet de son côté, se basant sur la même observation a avancé que si la nourrice usait de l'orthoforme on pouvait voir le nourrisson perdre du poids, ce qui permettrait de supposer que l'action générale de la drogue s'exerce sur l'enfant, par suite d'absorption du produit.

L'auteur a vu trois jeunes femmes atteintes de crevasses du sein extrêmement douloureuses et sur son conseil on a utilisé les applications de la poudre d'orthoforme. Chez deux sujets l'effet fut immédiat : Il s'agissait de fissures fort nettes, facilement accessibles. Chez la troisième nourrice au contraire le mamelon présentait une sensibilité très vive mais sans fissure appréciable à l'œil t le saupoudrage d'orthoforme ne donna aucun résultat au bout de trois jours de médication.

L'auteur fit alors faire le liniment suivant :

Orthoforme	5 grammes
Ether sulfurique	Q. S. pour dissoudre
Huile d'amandes douces	20 grammes

En badigeonnant le mamelon avec cette préparaiion on obtenait une cuisson assez vive, pendant une à deux minutes, mais l'anesthésique dissout pénétrait dans la masse des plis et exerçait alors son action, après l'évaporation qui le déposait à l'état cristallin. Dans ces conditions, par conséquent, l'anesthésie était obtenue, mais il est bien évident que l'orthoforme ne peut agir qu'à condition de se trouver en contact avec l'excoriation douloureuse, c'est donc tout simplement une question de mode d'emploi.

Dans aucun de ces cas, l'auteur n'a eu à observer d'influence sur l'enfant, mais il avait eu le soin de recommander de faire avant la tétée, un lavage à l'eau alcoolisée au 1/5, de manière à enlever la poudre qui pouvait se trouver sur le bout des seins. Dans ces conditions, même en admettant que des traces de substances soient capables d'exercer une action sur l'enfant, on arrive à supprimer toute chance d'intoxication.

Voici maintenant une application nouvelle qui a donné à l'auteur d'excellents résultats thérapeutiques. Il s'agit du traitement de la fissure anale et des hémorroïdes sèches et douloureuses.

Chez une femme souffrant d'une fissure tolérante, quoique encore fort douloureuse, et qui n'a pas voulu accepter la dilatation, l'auteur a obtenu la disparition rapide de la douleur en faisant des applications d'une pommade dont voici la formule :

Oxyde de zinc	20 grammes
Huile d'amandes douces	20 —
Cérat blanc	20 —
Baume du Pérou	X gouttes

Us. ext.

Cette masse dont la formule a été donnée par M. Lutz étant préparée de manière bien homogène, on y ajoute à la spatule par simple mélange :

Orthoforme	10 grammes

puis le tout est introduit dans une vessie à couleur sur le pas de vis de laquelle se visse une canule. On introduit la canule jusque dans le rectum, puis on revient lentement en arrière en pressant. Par ce moyen, il est possible de laisser dans tout le canal anal, une certaine quantité d'excipient et d'orthoforme, qui pénètre au milieu des plis radiés de l'anus et y exerce sur la fissure son action anesthésiante.

Chez un homme atteint d'hémorroïdes sèches avec excoriations très douloureuses, l'auteur a également obtenu de bons effets, mais là, en outre du mode d'emploi signalé plus haut, il a utilisé avec succès un mélange par parties égales d'orthoforme et d'iodoforme, ce qui amenait rapidement la cicatrisation des petites exulcérations de la muqueuse et la disparition de la douleur. Cette poudre était appliquée par insufflation, le malade écartant l'anus et poussant en même temps pour faire saillir dehors toute la muqueuse.

A ce propos, voici un fait intéressant à signaler, c'est que le mélange d'orthoforme et d'iodoforme permet d'atténuer considérablement l'odeur de ce dernier, qui devient alors d'un usage moins désagréable. Si l'on pouvait chiffrer cet effet, on dirait que mélangé à l'orthoforme en parties égales, l'iodoforme perd les trois quarts de son pouvoir odorant.

De toutes les méthodes de traitement local essayées dans l'observation que présente l'auteur, le procédé qu'il vient de signaler est le seul qui lui ait permis d'obtenir un effet notable et favorable sur la douleur si pénible de cette maladie. C'est en vain qu'il avait employé la cocaïne et les anesthésiques solubles divers. Aussi partage-t-il absolument la manière de voir de M. Blondel, c'est parce qu'il est insolubl que l'orthoforme est un précieux anesthésique local dans les maladies douloureuses des muqueuses. Il reste en place et de petites quantités se dissolvent lentement, on a donc tort quand on cherche les moyens de le dissoudre, ou alors il faut, comme l'auteur l'a fait pour le traitement de certaines fissures, prendre comme dissolvant un corps volatil qui s'évapore rapidement après avoir dépos le médicament dans les plis les plus fins de la muqueuse malade.

M. Adrian croit préférable de remplacer le cérat par la vaseline dans la formule ci-dessus indiquée.

M. Gallois présente une malade atteinte d'hystérie qu'il a traitée par la méthode de Pierre Janet. Au début du traitement, il y a huit mois, la malade âgée de dix-huit ans, présentait une rachialgie très vive, une impotence absolue des membres inférieurs et une anesthésie totale des quatre membres. Les traitements antérieurs avaient tous échoué : l'affection durait depuis cinq ans environ.

On sait que pour P. Janet le premier fait qui provoque les accidents hystériques consiste en une idée fixe, obsédante, un chagrin, une émotion faisant oublier tout le reste aux malades, qui deviennent des automates perpétuellement distraits, dont la perception consciente est ainsi peu à peu annihilée; le sujet perd les parties périphériques de son champ visuel, qui lui deviennent inutiles, il se déshabitue de percevoir les contacts avec sa surface cutanée, et les membres ainsi oubliés en quelque sorte se paralysent.

Comment arriver à modifier ces états? Il faut d'abord rechercher l'idée fixe qui a détourné l'attention de la conscience, et confesser le sujet en l'absence de son entourage, après s'être renseigné auprès de ce dernier sur la cause probable des chagrins. Chez les jeunes filles, ce sont fort souvent des jalousies d'affection qui dominent la scène. On commencera donc par s'efforcer de supprimer la cause efficiente, puis pour lutter contre les troubles somatiques, il faut, non pas instituer des traitements destinés à frapper l'imagination et qui développent chez le sujet l'idée que son mal est grave, mais bien plutôt chercher à développer chez lui l'idée qu'il n'existe pas de maladie. M. Gallois persuada peu à peu à sa malade qu'elle pouvait marcher et elle marche actuellement pendant deux heures sans fatigue. Pour la sensibilité tactile, on fit des massages énergiques, des applications faradiques, mais sans résultat. C'est alors que l'auteur se servit du procédé de Janet; avec un coupe-papier à pointe mousse, on recherche la limite inférieure de la sensibilité, puis, ce point trouvé, on pique 1 centimètre plus bas en suggérant à la malade qu'elle doit sentir : au bout d'une minute environ, la malade déclare sentir et l'on continue à 1 cent. plus bas de la même manière; on arrive ainsi à chaque séance à gagner 3 ou 4 cent. La malade est obligée de faire de grands efforts de volonté qui provoquent à la longue de la céphalalgie : on s'arrête à ce moment. Il faut varier la forme de contact. Ce que l'on gagne en un point est gagné pour toute la circonférence du membre passant par ce point : la sensibilité ainsi reconquise est obscure, aussi faut-il provoquer des excitations tactiles de plus en plus légères.

La malade est actuellement presque guérie : peut-être eût-on pu parvenir par un procédé plus rapide, mais l'auteur croit que les résultats acquis par lui seront durables et que la névrose aura disparu en même temps que les symptômes par lesquels elle se manifeste.

M. Dubois présente une note sur la *guérison par l'électricité d'un tic douloureux héréditaire de la face.*

L'auteur rappelle que beaucoup de praticiens considèrent le tic douloureux de la face comme étant une maladie incurable. Les améliorations qu'a amené le traitement électrique dirigé contre cette affection n'ont, disent-ils, été que passagères, les périodes d'accalmies étant plus ou moins longues.

Différents auteurs citent divers cas de tic douloureux qu'ils ont eu occasion de traiter avec succès par les courants continus.

Mais pour toutes ces observations, on peut faire cette objection que les malades ne sont pas guéris, ils ont seulement une rémission. Pour la malade dont parle l'auteur cette objection n'a pas sa raison d'être, à moins d'admettre une rémission de vingt-six ans, rémission qui dure encore et qui parait devoir durer jusqu'à la mort, ce sujet ayant soixante-dix-sept ans.

M. G. n'a pas eu la syphilis, il n'a fait aucune maladie grave. Vers l'âge de quarante ans, il est pris de ses premières douleurs dans la face du côté gauche. Ces douleurs viennent par accès, plusieurs fois dans la journée avec accalmie complète dans l'intervalle des accès. Les crises durent un mois ou deux, puis elles se calment; pendant les crises, le malade est obligé d'interrompre ses occupations.

De 30 à 50 ans les choses se passent ainsi : en 1873 survient une crise plus forte que les précédentes et qui dure sans rémission pendant 20 mois, résistant à toute médication.

C'est alors que le malade vint se faire soigner. A son arrivée il a des accès tellement répétés qu'on peut les considérer comme des accès subintrants. Les paroxysmes sont de 20 secondes environ, mais ils reviennent à chaque instant avec une telle violence qu'ils arrachent des cris et des gémissements. Si les accès étaient plus longs le patient croirait, dit-il, devenir fou.

A l'examen, on observe que les trois branches du trijumeau sont prises, sont douloureuses à la pression, laquelle provoque immédiatement les douleurs paroxystiques. Le malade a fait enlever 6 dents du côté gauche dont deux étaient absolument saines ; jamais il n'a souffert du côté opposé. L'auteur insiste sur cette fixité de la névralgie, fixité qui constitue l'un des caractères du tic douloureux, le mal ne passe jamais d'un côté à l'autre, comme peut le faire une névralgie faciale simple, qu'elle soit ou non provoquée par une carie dentaire ou par toute autre cause.

Dans l'intervalle des paroxysmes, calme absolu ; pas le moindre mouvement convulsif; mais dès qu'apparait l'accès, mouvements spasmodiques de la joue, mâchonnement et immédiatement pression du mouchoir sur la joue gauche avec friction énergique. Il semble au malheureux patient que cette friction qui arrive à user les poils et à excorier l'épiderme va le calmer !

Dans l'intervalle des douleurs, le patient essaie de manger ou plutôt d'avaler quelques cuillerées de bouillie ou de crème ; son repas est interrompu par plusieurs accès et certains jours il se contente de boire quelques cuillerées d'eau tiède tant il redoute de provoquer une crise.

C'est dans ces conditions que fut commencé le traitement, par une sudation dans l'étuve sèche, suivie d'une douche générale froide (traitement préconisé par Fleury.) Résultat nul, ou à peu près nul pendant trois jours. Quatre jours après, le matin, séance hydrothérapique comme ci-dessous, le soir électricité à courants continus ainsi formulée : Emploi de douze éléments, pôle positif placé au niveau du trou sous-orbitaire gauche, pôle négatif sur le cou, vis-à-vis le point correspondant au ganglion cervical supérieur gauche : durée 7 minutes.

Nuit plus mauvaise que de coutume, accès plus fréquents et plus violents. En examinant l'appareil, on s'aperçoit qu'une erreur dans la position des rhéophores a été commise et que sur le point sous-orbitaire a été placée l'électrode négative, et sur le cou l'électrode positive.

Le lendemain, le traitement électrique est repris, cette fois l'électrode positive est bien placée; à l'aide d'un cordon conducteur à trois branches, on place trois petites plaques positives, recouvertes

de peau de chamois, l'une au niveau du trou sous-orbitaire, l'autre au niveau du trou sus-orbitaire, la troisième au niveau du trou mentonnier ; l'électrode négative sur le cou vis-à-vis du ganglion cervical supérieur. Durée 7 minutes. L'intensité du courant n'est pas indiquée dans l'observation, car à cette époque (1874) les mesures électriques n'étaient pas encore établies d'une façon scientifique. D'après l'appréciation de l'auteur cette intensité devait osciller entre 12 et 14 milliampères.

Au bout de trois jours une véritable amélioration commence à se faire sentir. Les accès diminuent; n'en ayant pas eu pendant trois jours, le malade interrompt le traitement pendant une semaine environ. Il revient n'ayant pas eu de crise et après une semaine il repart emportant une boîte de piles. Il a continué pendant un an trois fois par semaine les applications électriques ; et jamais il n'a eu depuis la moindre crise.

Depuis cette époque l'auteur a traité par la même méthode trois autres cas de tics douloureux. Il a eu un insuccès et deux guérisons, au moins apparentes, après trois semaines de traitement, mais n'ayant pas revu les malades, l'auteur ignore s'ils ont eu ou non des récidives. Ce qu'il peut affirmer c'est que l'électrisation a procuré dans ces deux cas une longue rémission.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement médicamenteux de l'obésité (*Therap. Monatshefte* févr. 1900). Le Pr Kisch de Prague, qui exerce en été à Marienbad, constate que l'hygiène élémentaire et l'activité musculaire forment la base du traitement de l'obésité; les traitements balnéaires ne forment qu'un appoint, et il en est de même du traitement médicamenteux. Ce dernier a beaucoup varié avec les doctrines médicales : la saignée, jadis en honneur, est aujourd'hui abandonnée, mais les purgatifs continuent à être en faveur auprès de beaucoup de praticiens. Or, les purgatifs (et dans l'espèce il s'agit surtout des drastiques) exercent de préférence leur action sur l'apport des albuminoïdes, en activant le péristaltisme et diminuant par conséquent la résorption intestinale. Il faut se borner à prescrire des pilules drastiques dans les cas où se manifestent des symptômes d'insuffisance consécutive à la surcharge graisseuse du cœur (stase veineuse intra-abdominale par exempte.) : l'administration des purgatifs ne sera donc jamais prolongée.

Les alcalins, jadis préconisés par Trousseau qui espérait saponifier la graisse par leur entremise, n'ont pas donné les résultats probants. Quant au vinaigre, qui représente un médicament populaire depuis le moyen-âge, il provoque indubitablement l'amaigrissement, mais en déprimant l'activité organique ; il produit une sorte de cachexie acétique s'accompagnant de troubles dyspeptiques souvent graves,

Les iodures à l'intérieur agissent dans le même sens, même chez les pléthoriques non anémiques : il faut réserver leur emploi aux cas très avancés; ils serviront alors pour ainsi dire d'amorce au traitement diététique et leur usage ne devra pas être prolongé.

La question est tout autre, pour l'auteur, quand il s'agit de l'usage externe. Pour la surcharge graisseuse de la glande mammaire, l'emploi d'une pommade contenant: iodoforme 1, vaseline 10, lanoline 5, essence de menthe poivrée deux gouttes, ou encore : iodure de potassium 3, iode pur 0,3, vaseline 30, sera indiqué. Tous les soirs, on fait des onctions sur les seins et on recouvre ces derniers de compresses chaudes imbibées du liquide suivant : alumine 1, acétate de plomb 5, eau distillée 100; par dessus, une enveloppe de gutta-percha. Pour l'abdomen on frictionnera avec : vinaigre scillitique 200; iodure de potassium 10.

Les diaphorétiques (pilocarpine par exemple) doivent être maniés avec prudence, et sont avantageusement remplacés, quand on ne se trouve pas en présence d'artério-scléreux, par les bains très chauds, les bains turcs, etc.

Que dire des préparations thyroïdiennes, que leur maniement facile a fait adopter par le public avec un entraînement irréfléchi ? Leur grand inconvénient, quand elles ne sont pas nuisibles, est l'inconstance de leur action et le fait que cette action ne s'exerce qu'aussi longtemps qu'on ingère ces préparations. Elles ne produisent pas non plus ce sentiment d'euphorie que l'on observe au cours du traitement hygiénique et diététique, et leur emploi demande une surveillance constante.

E. Vogt.

Le sanatogène dans le rachitisme (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er février 1900). — La combinaison de caséine et de glycérophosphate de soude, à laquelle on a donné le nom de sanatogène, a donné, entre les mains de Schwarz, de remarquables résultats dans le traitement du rachitisme.

D'août à décembre 1899, 16 enfants ont été soignés dans l'établissement dirigé par l'auteur : ils ont reçu tous les jours de 10 grammes (enfant de 6 mois) à 30 grammes (enfant de 8 ans) de sanatogène : plusieurs de ces petits rachitiques avaient été traités auparavant sans succès par diverses méthodes. Malgré la gravité de plusieurs des 16 cas, on observa bientôt une modification profonde de l'état des malades : 5 d'entre eux ne pouvaient se tenir debout au moment de leur admission : 2 ont appris à marcher, les 3 autres sont en très bonne voie.

Sous l'influence du sanatogène, les diarrhées des rachitiques disparaissent rapidement; il en est de même, chose curieuse, pour la constipation.

L'auteur est convaincu que la bonne nourriture et les soins donnés dans son sanatorium n'ont pas suffi pour amener les résultats observés, et que le sanatogène, seul médicament administré par lui, a joué un rôle prépondérant. Les enfants traités appartenaient à des familles plutôt aisées, se trouvant avant l'entrée dans de bonnes conditions hygiéniques.

E. Vogt.

L'aspirine, nouveau remède anti-rhumatismal (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er février 1900). — L'aspirine, combinaison salicylée nouvelle, se présente sous l'aspect d'une poudre blanche inodore, légèrement acide, peu soluble : on prescrira donc de préférence le médicament en cachets, et l'on s'abstiendra de faire ingérer des alcalins en même temps, pour éviter un dédoublement prématuré du produit.

31 cas de rhumatisme articulaire d'intensité variable ont été soignés par l'auteur : chez un seul malade, l'administration d'aspirine provoqua des sueurs profuses : chez tous les autres on n'observa aucun des phénomènes provoqués habituellement par l'emploi des salicylates.

Le dosage varie suivant l'intensité de l'attaque de rhumatisme : à 3 grammes par jour, on obtient déjà de très bons résultats dans les formes légères : pour les cas plus graves, 6 grammes par jour constituent la dose efficace.

E. Vogt.

Le traitement du cancer par la diffusion cataphorique des oxychlorures de mercure et de zinc (Méthode de Massey) par Betton-Massey *Bulletin officiel de la Société française d'électrothérapie*, novembre 1899). — Dans son application au cancer le procédé est d'une efficacité si grande que pas une des cellules morbides, pas un des germes morbides ne peuvent échapper à l'infiltration de l'agent germicide.

La méthode est basée sur la décomposition électrolytique de l'oxychlorure de mercure en contact avec une anode d'or introduite dans la tumeur maligne, ce qui permet la diffusion à travers la région malade des éléments mercuriels par l'action cataphorique du courant.

La zone d'infiltration et de réaction constitue la valeur principale du traitement cataphorique du cancer. Le moyen permet d'atteindre les racines du cancer, qui dans leur état latent peuvent échapper aux autres méthodes de destruction.

Pour détruire tous les germes à la fois en une seule application, il faut un courant de 200 à 1200 milliampères et il est nécessaire de soumettre le malade à une anesthésie générale.

Dans les cas traités par l'auteur la durée d'une telle application a varié de 15 minutes à une heure et demie.

Dans les tumeurs situées dans le voisinage des organes vitaux tels que la tête et le cou, l'effet des grands courants sur la respiration et la circulation a contraint de réduire la force du courant à 300 ou 400 milliampères.

Le courant est fourni par deux ou trois batteries d'acide sulfo-chromique réunies en séries, formant un total de 60 à 80 piles, d'un voltage de 120 à 160 volts, et munies d'un rhéostat convenable. Lorsque l'auteur emploie de grands courants il se sert d'un réducteur de potentiel spécialement construit à cet effet.

L'auteur a également fait construire des batteries acides portatives à éléments plus grands que ceux employés habituellement. Les piles sont en verre et des dispositions plus commodes ont été ajoutées pour élever et abaisser les éléments.

L'électrode active est une canule faite d'or à 18 carats recouverte de platine pour en accroître la durée lorsqu'on doit appliquer la cataphorèse purement mercurielle. La portion d'électrode à introduire dans la tumeur est amalgamée abondamment avec du mercure.

Après l'introduction, un excès du mercure métallique est injecté par le centre tubulaire de l'instrument au moyen d'une seringue de verre qui y est attachée par un morceau de tuyau de caoutchouc.

Cet excès de mercure a pour but d'entourer l'extrémité active de l'électrode, à l'intérieur de la tumeur, afin d'empêcher par un afflux suffisant, que la pointe d'or ne se dégarnisse durant l'action du courant. La tige de l'instrument est isolée avec de la cire ou du caoutchouc fondu lorsque l'application est faite à l'intérieur d'une cavité naturelle.

Dans les cas où il y a lieu de détruire une grande quantité de tissu, ou lorsqu'il est difficile d'injecter le mercure, l'auteur s'est servi d'électrodes munies d'une pointe solide de zinc amalgamée abondamment avec du mercure, ce qui a pour effet la formation et le rayonnement des oxychlorures mélangés de mercure et de zinc et l'élargissement de la zone de nécrose, avec le même courant et la même durée.

L'électrode indifférente ou négative est faite d'une grande plaque de plomb à laquelle est attachée une tige de communication convenable et sur laquelle est placé un volumineux coussin fait de 8 ou 9 couches de coton épais bien imbibé d'eau.

Les appareils mis en ordre et essayés, le malade est placé sur un lit à ressort couvert d'une étoffe caoutchoutée et sur le coussin de coton. Lorsqu'elle est tout à fait sous l'action de l'éther,

l'électrode active est introduite dans le centre de la tumeur, le mercure injecté et le courant établi graduellement, sans secousse et sans brusque augmentation de l'intensité. La zone de nécrose se manifestera bientôt tout autour de l'électrode, présentant le caractère d'une surface molle de couleur brune.

Après un nombre variable de minutes la tumeur entière s'amollit au fur et à mesure que cette zone s'accroit. L'opération doit être continuée jusqu'à ce que la zone de nécrose atteigne les limites apparentes de la tumeur, la destruction des cellules extérieures ne dépendant que de l'étendue de la zone d'infiltration. L'escarre ainsi formée est insensible et inodore; la cavité qu'elle laisse peut se remplir de granulations saines.

Cette méthode agit surtout efficacement dans les maladies de date récente. Les tumeurs à leur début et les rechutes locales également à leur début sont celles qui donneront les meilleurs résultats définitifs.

Cette méthode permet de détruire la tumeur cancéreuse d'un organe, sans influencer ni supprimer la partie indemne de celui-ci.

Elle se recommande d'elle-même pour l'extraction des sarcomes essentiellement vasculaires, en ce qu'elle ne provoque pas la moindre hémorragie.

Sur 26 cas traités par l'auteur il relève 10 guérisons parmi lesquelles deux cas avaient été déclarés inopérables.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Traitement des kystes hydatiques du foie (*Société de chirurgie*, 17 janvier 1900). — MM. Potherat et Bazy défendent contre le mode de traitement qu'a proposé M. Delbet pour les kystes hydatiques non suppurés du foie (réduction et suture) l'ancienne méthode de la marsupialisation ou de la ponction avec injection de liquides parasiticides (sublimé) qui a donné d'incontestables succès, dans les cas au moins où la tumeur est très nette à percevoir.

D'ailleurs, n'est-on pas à temps pour pratiquer la laparotomie en cas d'insuccès thérapeutique? La méthode de M. Delbet, malgré toutes les précautions d'asepsie expose à l'*infection secondaire*. La conclusion ne saurait donc être que toute autre méthode doit lui céder le pas, ainsi que le veut son auteur.

A. Benoit.

Angiome lymphatique par M. Reynier (*Société de Chirurgie*, 15 janvier 1900). — L'auteur a présenté un enfant opéré avec succès il y a un an, pour un angiome lymphatique de la racine de la cuisse, occupant tout le fascia cribreformis et le pannicule graisseux sous cutané. Diagnostic de *lymphangiome simple*, vérifié par l'examen histologique.

A. Benoit.

Le chlorure de zinc dans le traitement des hémorroïdes (*Montpellier médical*, 31 décembre 1899). — Du Dr Gratiani Catanus, le procédé suivant, qui créé une nouvelle application de la méthode sclérogène :

Après avoir lavé la région anale, faire une onction de vaseline iodoformée pour éviter toute cautérisation extérieure, et injecter à la base du paquet hémorroïdien, une seringue de Pravaz, (une seule peut suffire) de : *Eau distillée 20 gr., chlorure de zinc 0 gr. 50, chlorhydrate de cocaïne 0 gr. 20.* L'injection est indolore; après réaction inflammatoire faible, la tumeur s'atrophie du quatrième au sixième jour, rarement vers le quinzième seulement.

A. Benoit.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, par M. Derache (*Arch. med. Belges*, décembre 1899). — Pour toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen, l'auteur est d'avis de faire l'*intervention hâtive*, car la théorie du bouchon muqueux est inadmissible, en tout cas, ce ne serait pas une sauvegarde pour le blessé; si les balles ou les instruments tranchants se glissent entre les anses intestinales sans les blesser, ce ne sont là que des cas très exceptionnellement heureux, sur lesquels on ne peut compter. Etant donné les incertitudes du diagnostic, il ne faut donc pas compter sur une guérison spontanée en cas de lésion, et la règle est d'opérer le plus rapidement possible. Attendre que les signes d'infection péritonéale se manifestent, c'est courir à un échec presque certain. Suit la relation d'un cas où pour une simple plaie par coup de revolver, tiré à bout portant au creux épigastrique, l'auteur a constaté par la laparotomie le délabrement suivant, impossible à prévoir : perforation antérieure et postérieure de l'estomac, double perforation du colon transverse, quatre perforations de l'intestin grêle, multiples blessures de l'épiploon et du mésentère. Opération faite deux heures après,

couronnée de succès. Les conclusion intéressent tout particulièrement les chirurgiens militaires, devant lesquels, en temps de guerre, la question de l'intervention se posera si fréquemment.

A. Benoit.

Traitement des abcès circonscrits de la cavité péritonéale (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er février 1900). — Le Pr Sonnenburg, à propos du traitement des appendicites suppurées par incision aussi précoce que possible, préconisé par Riedel, émet plusieurs objections. On ne peut en premier lieu pas toujours décider, au bout des douze ou vingt-quatre heures qui suivent le début des accidents, si l'on se trouve en présence d'un appendice perforé ou simplement enflammé. Mais même à supposer que le diagnostic de perforation soit indiscutable, y a-t-il lieu d'intervenir de suite? Sonnenburg se décide pour la négative, car il a eu l'occasion d'observer la guérison spontanée d'abcès de petite dimension, et il n'est pas pour l'intervention dans tous les cas.

Il arrive fréquemment que la péritonite circonscrite du début de l'appendicite est produite par la seule action chimique de toxines bactériennes ; dans ces cas, l'exsudat est séro-fibrineux et on n'y trouve aucun microbe. Ces foyers d'irritation préparent le terrain pour de futures inflammations bactériennes, car ils provoquent des modifications dans les fonctions de la séreuse et abaissent sa faculté de résorption : les semis bactériens trouvent ainsi un terrain des plus favorables à leur développement. Peut-on diagnostiquer de bonne heure une irritation du péritoine par des toxines? Non, car les symptômes n'ont rien de caractéristique : cette complication peut exister chez un malade non fébricitant et faire défaut chez un hyperthermique, par exemple. L'intensité de la douleur à la pression peut être considérée comme un symptôme de grande probabilité en faveur de l'état infectieux : mais l'auteur croit toujours encore qu'il est impossible, avec nos moyens d'investigation actuels, de décider s'il existe une péritonite au début, prenant naissance dans le pourtour d'un abcès circonscrit, et si elle sera ou non bénigne. La cavité péritonéale ne doit donc être ouverte que lorsqu'on est sûr que l'abcès est bien encapsulé ; si le péritoine est déjà enflammé par les toxines, l'ouverture de l'abcès permettra son infection bactérienne. Or, Riedel propose, pour arriver à l'abcès, de faire une incision de 10 à 15 centimètres jusqu'au péritoine et d'aller ensuite à la recherche de l'abcès en rompant les adhérences s'il en existe, et de refermer, une fois le pus évacué, la plaie dans laquelle on ne laisse qu'une petite mèche de gaze. Cette manière de procéder semble irrationnelle à l'auteur, en dehors des cas où les accidents septiques dominent la scène ; l'ouverture de la cavité péritonéale est alors indiquée, mais on devra se garder alors de refermer la plaie comme le veut Riedel. Dans tous les autres cas, on ne doit pas commencer par inciser le péritoine pour aller chercher l'abcès : il faut au contraire commencer par ouvrir la cavité de l'abcès, et respecter toutes les adhérences qui l'entourent et le séparent de la cavité péritonéale. Avec le procédé de Sonnenburg, on peut dans 90 0/0 des cas enlever l'appendice sans toucher au péritoine. Les cas dans lesquels l'abcès se trouve au milieu d'anses intestinales, et où l'on ne peut l'atteindre qu'en incisant le péritoine libre, sont très rares.

Le procédé de Riedel a surtout pour but d'éviter la formation des hernies : ces dernières, si elles se développent, pourront plus tard être facilement opérées, et il n'est pas nécessaire, pour éviter cette complication, d'exposer le malade aux nombreux dangers qu'apporte avec elle l'ouverture de la cavité péritonéale et la fermeture consécutive de la plaie.

La voie péritonéale, pour aller chercher l'appendice, doit rester l'exception.

E. Vogt.

Ablation des ganglions dans l'épithélioma des lèvres, par Charles N. Dowd (*Medical Record*, 23 décembre 1899). — Fort justement, et une courte étude ornée de quelques figures M. Dowd, de New-York, appelle l'attention des chirurgiens sur l'utilité absolue de la recherche des ganglions dans l'opération de l'épithélioma des lèvres. Pourquoi ce néoplasme malin échapperait-il à la règle générale? L'exérèse faite, en se fiant aux guérisons opératoires, et ne sentant pas de ganglions au palper, on s'abstient de donner un second temps à l'intervention opératoire, alors qu'on n'oserait pas le faire pour un cancer du sein. Or, la récidive locale est rare, c'est exact ; mais la *récidive ganglionnaire* emporte les trois quarts des malades au bout d'un temps plus ou moins long. Il est donc indispensable, sans se fier au palper, de rechercher par une incision parallèle à la mâchoire les ganglions engorgés d'une manière très précoce, aux lieux d'élection. On les trouve par ordre de fréquence : *en haut et en avant* de la glande maxillaire, qu'il faudra bien mettre à nu et tirer en bas. *Entre les ventres antérieurs des digastriques* (ganglions sous-mentaux). Enfin *sur le bord postérieur* de la glande sous-maxillaire qu'il faudra exceptionnellement enlever, car elle est rarement prise au début. L'incision ordinaire

suffit pour enlever les ganglions les plus antérieurs et les plus postérieurs, jusqu'à la parotide et même sur la partie supérieure de la jugulaire interne. On ne fera d'autre incision sur les gros vaisseaux longitudinalement que s'il y a nécessité.

A. Benoit.

Le panaris diphtérique par V. Hau (*Lyon Méd.* 28 janvier 1900). — L'auteur, dont l'attention avait été appelée sur ces faits par une publication antérieure, due à J. Seitz (de Zurich), a observé trois cas de panaris contenant, outre les staphylocoques et streptocoques, le bacille de Lœffler. Le *panaris diphtérique* n'offrirait pas de gravité spéciale. Il guérit même plus facilement à l'air libre que sous les pansements. Son origine vient de la *contagion directe*, et il offre surtout un danger, en ce qu'il peut donner la diphtérie, si les sujets qui en sont porteurs ne sont pas isolés. En lisant ces observations, on se demande s'il ne s'agit pas du fait connu de la *diphtérisation* des plaies des doigts, au contact du poison diphtérique. On trouverait dans les cliniques du Dr Grancher, un cas de panaris, observé sur un de ses anciens chefs de clinique, contagionné à la suite de trachéotomies multiples. La plaie, d'aspect diphtéroïde, servit de porte d'entrée au bacille de Lœffler, et une angine diphtérique des plus graves suivit cette inoculation. Il n'y a pas lieu, étant donné ces faits, de changer la classification actuelle des panaris suivant la forme anatomique des lésions. Il suffit qu'une telle association microbienne soit aujourd'hui bien établie.

A. Benoit.

Traitement des tumeurs blanches du genou, par H. Judson (*Medical News*, 3 décembre 1899). — L'auteur rappelle que tout exercice de la marche aggrave considérablement l'arthrite spécifique du genou, incomparablement plus fréquente que celle de l'épaule, à cause des fonctions pénibles qui incombent à la jointure et des traumatismes auxquels elle est exposée. Il préconise le traitement mécanique qu'il oppose à la resection. Ce traitement doit viser à empêcher les difformités par flexion de la jambe et à soulager l'article du poids du corps. Tout appareil prenant son point d'appui sur l'ischion d'une part et le bas de la jambe d'autre part peut remplir ce but; la marche étant possible, le malade y gagne un élément de plus de guérison, qui lui fera défaut s'il est obligé de garder le lit.

A. Benoit.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par M. Ducroquet (*Progrès médical*, 20 janvier 1900). — On sait que dans le traitement par la réduction orthopédique, le membre inférieur passe dans les appareils différents par trois positions différentes d'immobilisation qui vont de l'abduction extrême à la position normale. L'auteur prétend que la méthode de Lorenz donne bien que des *transpositions* qui améliorent beaucoup la marche, mais pas des réductions véritables. Aussi en a-t-il modifié certains détails, que la *radiographie* dont il est impossible de se passer, affirme-t-il, lui a permis de fixer. Nous retenons le suivant: pour empêcher la rotation de la cuisse dans l'appareil de permettre la reluxation, il faut, dans le premier appareil, ou bien faire descendre les bandes plâtrées jusqu'à mi-jambe, celle-ci étant en flexion, ou bien prendre le pied lui-même. Le plâtre doit être mis directement sur le corps de l'enfant, revêtu d'un simple maillot, car la ouate se tasse trop rapidement.

A. Benoit.

Traitement de la difformité dans la coxalgie, par A. B. Judson (*Médical record*, vol. 54, n° 14, 1899), — Le chirurgien américain appelle l'attention sur le rôle que joue, dans la claudication des coxalgies guéries en ankylose, l'oubli du rythme normal de la locomotion humaine. Par crainte de chocs douloureux, les malades ont pris l'habitude d'appuyer à peine le pied du côté malade sur le sol, de telle sorte que le pied du côté sain se hâte sans cesse pour soutenir le poids du corps. En un mot, le membre raccourci ne fait plus la moitié de la besogne dans la locomotion, comme il le devrait normalement. Or, il est possible d'obtenir des résultats surprenants, en faisant exécuter des exercices de marche *en mesure* aux coxalgiques munis de béquilles ischiatiques, sur lesquelles ils reposent avec confiance. L'adduction concomitante et l'abaissement du bassin, par suite, la difformité qui en résulte, sont aussi très diminuées. De véritables exercices militaires par compagnies, sont un bon traitement à employer dans les hôpitaux. L'auteur rappelle ce qu'on peut obtenir de cette méthode, en songeant qu'une personne bien portante peut sembler boiteuse, si elle marche en s'appuyant plus sur un pied que sur l'autre, tandis que des boiteux véritables, des femmes principalement arrivent à dissimuler leur infirmité en observant le rythme normal de la locomotion.

A. Benoit.

Luxation du pouce irréductible; arthrotomie. Guérison par ankylose, par M. Gallet (*Clinique de Bruxelles*, 6 janvier 1900). — Observation de luxation métacarpo-phalangienne du pouce en

arrière, que des tentatives de réduction par simple traction dans l'axe, suivant la faute ordinairement commise, avaient sans doute transformé en *luxation complexe irréductible*.

M. Gallet essaya de faire la réduction 10 jours après l'accident, en se servant de la pince de Farabeuf et des doigts. Il se heurta à une impossibilité absolue et ne réussit avec la pince ci-dessus nommée qu'à ulcérer les téguments. Huit jours après, sous le chloroforme, il fit la réduction à ciel ouvert. Incision de 5 centimètres sur le bord radial du pouce. La tête métacarpienne découverte, il incisa la capsule et le ligament latéral externe, puis le ligament interne et enleva les os sésamoïdes sans pouvoir réduire.

Il fallut réséquer la tête du métacarpien sur 2 centimètres pour obtenir une réduction stable. Drainage, suppuration et nécrose du bout supérieur de la phalange et des tendons fléchisseur et extenseur.

Bref, au bout de plusieurs mois, guérison par ankylose, favorisée par le port de deux attelles fixées par deux anneaux métalliques; radiographie très nette témoignant ce mode de guérison.

Comme résultat *fonctionnel*, la forme du doigt n'a pas changé : il est simplement raccourci ; la force est conservée. Une cicatrice palmaire limite le mouvement d'extension.

Ce cas, cité par M. L. Vilain, présente de l'intérêt, bien qu'il ne soit pas absolument rare de noter cette irréductibilité absolue. Nous en ferons la critique en peu de mots.

L'ancienneté des lésions a sans doute contribué à ce changement de rapports si difficile à vaincre par la suite. On ne peut guère s'expliquer si ce n'est pas par l'indocilité du blessé, qu'un tel retard ait été apporté à l'emploi des moyens sérieux de réduction. En effet la manœuvre de Farabeuf est devenue insuffisante le dixième jour (faire glisser la phalange redressée préalablement, d'arrière en avant, en *grattant le dos* du métacarpien, de façon à chasser l'os sésamoïde devant elle, avant de l'enfoncer dans le métacarpien et de la fléchir définitivement sans brusquerie). Enfin huit jours plus tard, la réduction sanglante rencontre des difficultés inusitées, puisqu'il suffit ordinairement de sectionner la sangle glénoïdienne pour pouvoir ramener en bas la phalange. Il n'en reste pas moins une preuve de la notion peu connue de l'irréductibilité progressive de ces luxations, avec le temps, ce qui les rapproche des luxations de leurs congénères du métatarse.

D'autre part, la guérison par ankylose donne au point de vue fonctionnel des résultats satisfaisants, puisque *l'opposition* du pouce fut ici bien conservée.

A. Benoit.

Quelques considérations cliniques sur le traitement de la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius par le massage, par A. Massy (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 janvier 1900). — Toutes les variétés cliniques de fracture de l'extrémité inférieure du radius sont justiciables du traitement par le massage ; aussi bien celles avec déplacement que celles sans déplacement.

La fracture sans déplacement et celle avec déplacement où la déformation est légère, l'engrénement des fragments assez accusé, n'est pas justiciable de la réduction. Celle-ci doit être réservée à la fracture dont le déplacement fragmentaire est assez considérable pour produire une déviation accentuée de la main dans le sens latéral ou antéro-postérieur.

Toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius doivent être immobilisées.

La mise en œuvre du traitement varie, bien entendu, suivant les cas suivants ;

1° Fracture sans déplacement ou avec déplacement modéré.

Il faut pratiquer le plus tôt possible, après la production de la fracture, les manœuvres massothérapiques. Ces manœuvres consistent en un effleurage profond, de deux à trois minutes de durée, pratiqué au-dessus du trait de la fracture et sur toute la longueur de l'avant-bras, tant sur la surface antérieure que sur la surface postérieure de celui-ci. Pendant que cette sorte d'effleurage est effectué, la main et une partie de l'avant bras reposent sur un coussin sphérique et assez doux.

Ce massage préparatoire une fois terminé, l'on fait un effleurage superficiel et léger de toute la main, de sa face dorsale et de sa face palmaire pendant sept à huit minutes.

Puis on place la main et une partie de l'avant-bras sur une palette recouverte d'ouate et on les fixe par des tours de bande dans une position aussi normale que possible.

Le jour suivant même traitement. Vers le troisième ou le quatrième jour, on fait un massage moins léger. On effleure profondément avec les pouces la région interosseuse de l'avant-bras dans toute sa hauteur et plus modérément les coulisses tendineuses du poignet, sur lequel on pratique ensuite une sorte de massage à frictions (circulaires et elliptiques) : ces diverses manœuvres doivent être pratiquées sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras et du poignet. Puis on immobilise de la façon indiquée plus haut, après avoir fait

subir toutefois, des mouvements d'extension et de flexion à toutes les articulations des doigts.

Vers le cinquième ou le sixième jour, on remplace la palette par deux petites attelles en carton, qui devront chacune dépasser de deux ou trois centimètres la région radio-carpienne. Elles seront maintenues en place par des tours de bande.

2° Fracture avec déplacement accentué et déformation nette.

L'on procède tout d'abord à une réduction aussi douce et aussi complète que possible de la fracture. Ensuite on immobilise sur une palette comme précédemment.

On ne masse la fracture que le lendemain, et comme s'il s'agissait d'une fracture sans déplacement ou avec déplacement modéré.

Il faut avoir soin de placer au niveau des fragments supérieur et inférieur un petit coussin d'ouate, qui, posé entre les fragments et l'appareil immobilisateur, puisse servir à ceux-ci de point d'appui bien accentué.

Dans la fracture avec déplacement et réduite, il faut prolonger l'immobilisation jusque vers le quinzième ou le seizième jour : à cette date, l'on doit remplacer celle-ci pendant quelques jours encore par une contention légère faite au moyen d'un bandange roulé. Mais l'immobilisation devra toujours être aussi courte que possible, surtout chez les vieillards et les arthritiques.

Quel que soit l'appareil de contention employé pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, il devra toujours être établi de façon que les doigts laissés libres, puissent être mobilisés par le malade soit activement soit passivement et plusieurs fois par jour.

A partir du troisième ou quatrième jour on joindra aux manœuvres sus-indiquées, le tapotement léger et rapide des masses musculaires de la partie antérieure de l'avant-bras.

La gymnastique passive et active des doigts sera uniquement utilisée pendant les deux premières semaines qui suivront la production de la fracture. C'est en effet seulement vers cette époque pour les fractures sans déplacement et vers la fin de la troisième semaine, pour les fractures avec déplacement accentué, que pourront en outre être effectués quelques mouvements légers et lents, de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras. Des mouvements d'adduction et d'abduction de celle-ci ne lui seront pas imprimés avant le quinzième jour, dans le cas de ces premières fractures, avant le vingt-cinquième jour dans le cas de ces secondes fractures.

Pendant la première semaine, le traitement massothérapique se fera tous les jours, ensuite tous les deux jours. Il sera continué jusqu'à ce que les fonctions du poignet soient redevenues absolument normales : guérison qui, dans les cas bien traités, doit être obtenue au bout de vingt-cinq à trente jours au maximum.

Cette méthode donne au praticien une précision dans la mise en œuvre de ce traitement, qui lui permettra d'obtenir un succès assuré.

E. Vogt.

Sur l'emploi plus restreint de l'anesthésie générale, par O. Bloch, de Copenhague (*Revue de Chir.*, 10 janvier 1900). — Nous extrayons de ce travail d'intéressantes données sur la *sensibilité de chaque tissu* vérifiées par l'expérience et qui ont servi à édifier les conclusions qui suivront.

Il faut se rappeler d'abord que la sensibilité des divers sujets est variable, suivant l'âge, le sexe, l'état de santé, le développement éthique, l'intelligence, les conditions d'existence. Ceci posé, on peut affirmer que les divers tissus du corps, la *peau et les nerfs exceptés*, ne sont que peu sensibles.

Les nerfs, dont dépend la sensibilité des autres tissus, sont les plus sensibles de tous les tissus. Le cerveau, chose singulière, n'est que peu sensible, sur sa surface convexe ; M. Bloch a pu le constater sur un prolapsus cérébral compliquant une fracture du crâne. La *peau* saine est « l'organe de sensibilité par excellence ». Mais Weber a montré qu'elle n'est pas également sensible aux différentes régions. En incisant la peau, on n'atteint la région sensible qu'au dessous des cellules de Malpighi, à la *couche papillaire du derme* où se terminent les nerfs.

Le *tissu lamineux sous-cutané*, insensible en soi, contient des filets nerveux dont la section cause des douleurs instantanées. Ces douleurs ne sont pas empêchées, soit dit en passant, par les réfrigérents locaux, tels que le chlorure d'éthyle. Les *fascias, ligaments*, capsules articulaires, tendons sains ne sont pas sensibles, pourvu qu'on ne blesse pas de branche nerveuse dans la suture ou l'incision. Les *muscles, périoste, tissu osseux* sont d'une remarquable indolence. On peut, dans une amputation, dans une ostéotomie, s'assurer que la scie ou le ciseau ne réveille chez le malade autre sensation que celle de la conscience de l'acte qu'il subit. La rugination du périoste est douloureuse, parce qu'on arrache ses nerfs. Le *tissu cartilagineux* sain est complètement insensible. La *surface séreuse* des articulations est indolore également, de sorte que la sensibilité des tissus composant une articulation est presque nulle normalement. Aussi s'explique-t-on que les pressions qui s'exercent entre les surfaces articulaires

ne nous causent aucune douleur à l'état de santé. Le *péritoine*, viscéral et parietal est parfaitement insensible. On peut couper le péritoine pariétal, presser, couper l'intestin sain, sans que le malade se doute de ce que l'on fait. Le fond de la matrice est très sensible, par exception, aux moindres attouchements. La plèvre et le péricarde suivent cette loi. L'ovaire apparemment sain, a pu être comprimé sans que la malade se soit plainte, Le rein paraît insensible. On manque de renseignements sur le foie, la rate, le pancréas. Le *testicule*, la *mamelle* ont leur sensibilité spéciale. Les *artères* et *veines* sont dépourvues de sensibilité. Les *muqueuses* sont plus ou moins sensibles selon les endroits ; c'est autour des orifices naturels que la sensibilité est le plus accusée, ce qui est en rapport avec la défense contre la pénétration des corps étrangers. Mais la muqueuse des cavités, *estomac*, *intestin*, etc., n'est pas sensible à l'état sain. La sensibilité de la vessie est spéciale, car elle se traduit par des douleurs au gland.

Il faut savoir que les *inflammations aiguës* ajoutent à la sensibilité et que les inflammations chroniques l'émoussent. De cette étude approfondie, l'auteur a dégagé les conclusions pratiques dont il a pu vérifier l'exactitude dans des centaines d'opérations pratiquées depuis sept ans (1892-1899): tout le monde étant d'accord pour penser qu'il faut restreindre autant que possible les indications de l'anesthésie générale, on peut dire que la peau pouvant être rendue totalement insensible, beaucoup de grandes opérations peuvent être accomplies sans autre anesthésie. Mais, comme l'*anesthésie générale* est un « calmant psychique » dont on ne peut discuter la bonne influence, s'il n'y a pas de contre-indication, on ne doit pas y renoncer totalement. L'auteur s'est donc arrêté à la méthode d'*anesthésie mixte* qui consiste à faire inhaler très peu de chloroforme aux opérés et à faire usage ensuite du chlorure d'éthyle. Celui-ci est employé lorsque l'opéré, après avoir inhalé 1 à 2 cent. cubes de chloroforme, à peine, est dans un état vague et ne répond plus d'une façon précise aux questions. Dans ces conditions, une nouvelle petite dose de chloroforme suffit à réanesthésier le malade, s'il souffre quelque peu. Si cela ne suffit pas enfin, on passe à l'anesthésie générale absolue. On aura besoin, en opérant, d'autant moins de chloroforme que l'on évitera les nerfs et qu'on opérera « d'une main légère », sans *pression*, ni *tiraillement* de ces organes de sensibilité. C'est avec quelques gouttes seulement de chloroforme versées sur le masque et avant toute période d'excitation, que l'auteur a pu mener à bien des opérations telles que herniotomies, colostomies, résections intestinales, fistules à l'anus, résections articulaires, amputations de cuisse, résections des côtes, ovariotomies, etc.

L'avantage de la méthode consiste à éviter au malade les dangers du collapsus, ceux de l'élimination du chloroforme (albuminurie) ; il se réveille frais et dispos et si l'on a pu observer, ici comme ailleurs, l'asphyxie du début, presque toujours chez des sujets tarés, les funestes effets de l'absorption excessive de ce poison sont du moins évités, puisque l'auteur a pu s'en tenir à des doses variant entre 3 et 6 centimètres cubes !

En considération de ce fait, que les sutures des plaies cutanées résultant d'accidents sont faites communément sans anesthésie par tous les chirurgiens, qui ne jugent pas opportun, pour si peu de chose, de recourir à l'anesthésie générale, il y a lieu de ne pas agir différemment dans les opérations qui intéressent des tissus beaucoup moins douloureux que la peau. Donc, le *chlorure d'éthyle* seul peut convenir chez les cardiaques, les vieillards, les albuminuriques, même pour les opérations importantes. L'anesthésie locale par cet agent, combinée à l'inhalation préalable de très peu de chloroforme est une méthode recommandable permettant d'accomplir la plupart des grandes opérations.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le traitement de la pneumonie fibrineuse (*Therap. Monatshefte*, février 1900). — Le Pr Eichhorst, de Zurich, regrette que la génération médicale actuelle ait abandonné si complètement la saignée, qui aurait pu, d'après lui, sauver souvent des pneumoniques ayant succombé faute d'une intervention certainement inoffensive.

La vératrine et le tartre stibié, considérés autrefois comme de vrais spécifiques de la pneumonie, ont été reconnus inutiles et même dangereux à cause de leur influence dépressive sur l'activité cardiaque. La digitale en revanche pourra, en cas de retentissement sur le cœur, représenter un médicament symptomatique utile, mais qu'il ne faut pas employer trop tard. Si la pneumonie est franche, sans complications, et si le malade est jeune, il faut renoncer à tout traitement médicamenteux.

Pour l'alcool, il faut se garder de le donner indistinctement dans tous les cas : il n'est en général utile que chez des pneumoniques âgés ou encore lorsqu'il s'agit d'alcooliques de tout âge. L'alcool n'abaisse pas la température ; la discussion qui s'est élevée à ce sujet montre que les faits n'ont pas une netteté suffisante pour que toute divergence de vues soit impossible à cet égard.

On peut dire que les indications de l'alcool se confondent avec celles de la digitale, et que l'action de cette dernière sur la cyanose est surtout marquée quand on a administré au préalable de l'alcool. La cyanose sera du reste de préférence combattue par des injections hypodermiques avec :

Salicylate de caféine et de soude.....	ãã	5 grammes
Glycérine.....		
Eau distillée.....		

Injecter une seringue de Pravaz à la fois.

L'huile camphrée rendra dans les mêmes conditions de grands services : on pourra en injecter toutes les heures et même plus souvent encore.

Les narcotiques peuvent être administrés dans quelques cas très rares pour combattre l'agitation et le délire (injection sous-cutanée de morphine), mais en général ils entravent l'expectoration et risquent de favoriser l'apparition d'accidents dûs à l'encombrement des voies aériennes. Le point de côté sera beaucoup mieux combattu par l'application de ventouses que par l'emploi de narcotiques.

Le traitement antithermique de la pneumonie est en général inutile : l'hyperthermie ne met pas le malade en danger dans la plupart des cas et il n'existe pas d'indication à abaisser la courbe thermique : ce résultat est du reste fort difficile à obtenir tant que la courbe est dans son stade ascensionnel. Chez les alcooliques, les cardiaques, les vieillards et les femmes enceintes, il y a parfois lieu de combattre l'hyperthermie. L'auteur préfère dans ces cas recourir aux médicaments internes, la phénacétine, par exemple, plutôt qu'aux bains. Les dangers de la balnéation sont nombreux et graves dans cette affection.

Le chlorhydrate de pilocarpine, préconisé de divers côtés, est fort dangereux à employer : la sérothérapie enfin ne paraît pas jusqu'ici avoir donné des résultats bien probants.

En résumé, attitude expectante, intervention plus active en cas d'indication spéciale seulement.

E. Vogt.

Le traitement des épanchements séreux, par Charles H. Levis (*Medical Record*, 30 décembre 1899). — Ce travail a trait surtout aux épanchements pleuraux. Pour faciliter la résorption du liquide on a eu recours à divers moyens, les diurétiques et les révulsifs ont fait leur temps : les hydragogues cathartiques, les diaphorétiques n'ont pas grande utilité. Les iodures, les salicylates ont fait naître les espérances, mais finalement c'est encore la ponction qui constitue le suprême recours, avec la perspective de la répétition de l'opération. Si l'on étudie l'évolution des épanchements pleuraux, il semble possible d'affirmer que la production du dépôt général de la fibrine, suivi d'une aspiration, doit provoquer l'adhérence des parois du sac et qu'il en résulte une oblitération de la cavité. Jouwray a bien injecté dans les épanchements pleuraux une solution alcoolique de créosote, mais une trop petite quantité du liquide se trouve en contact avec les parois pleurales. Il faut donc employer une solution irritante pouvant entrer en contact avec toute la surface de la séreuse : le sérum est un des véhicules qui peut être mis en usage. Depuis trois ans, l'auteur a fait des expériences avec la teinture d'iode, le permanganate de potasse et deux couleurs d'aniline, la fuchsine et le bleu de méthylène. C'est à ce dernier que l'auteur donne la préférence, c'est un antiseptique non dangereux, ayant des propriétés diurétiques. Dans un cas de pleurésie, il retira 90 à 100 grammes de liquide pleural et le remplaça par une solutions salée à 3 gr. 50 0/0, de densité 1,020 dans laquelle furent dissous 75 centigrammes de bleu de méthylène : la douleur fut considérable. C'est alors que vint à l'auteur l'idée de dissoudre le bleu dans le sérum enlevé au lieu de se servir d'une solution salée. Il procède donc de la façon suivante : ponction avec une seringue de 100 grammes, sérum recueilli aseptiquement et mis en contact avec du bleu de méthyléne qui s'y dissout. Vingt cas de pleurésie ont été traités de cette façon : la durée moyenne du traitement est de treize jours, tandis que par les procédés ordinaires elle est de cinquante-six jours.

P. Sainton.

L'acide formique et les inhalations de formaline comme préparation au traitement de la phtisie au grand air, par J. Lardner Green (*British medical Journal*, 20 janvier 1900). — On désigne sous le nom de formaline la solution aqueuse saturée à 40 0/0 d'aldéhyde formique ; la dilution de formaline à 1 0/0 n'est pas caustique. La formaline est un antiseptique puissant : l'auteur a pu l'employer dans le traitement de la bronchite et de l'influenza : il a été ainsi encouragé

à se servir d'inhalations de formaline dans les premiers stades de la tuberculose; grâce à ce traitement, le nombre des microbes dans l'urine diminua rapidement, comme l'ont confirmé depuis les travaux de Murrel et de Cervello. Le mélange le plus recommandable pour les inhalations se compose de formaline, de glycérine et d'eau pure : on prescrit six inhalations dans les vingt-quatre heures. L. G. cite l'observation de 4 malades qui ont été très grandement améliorés par ce mode de traitement. En combinant avec cette méthode celle du traitement au grand air, il y a lieu d'espérer qu'on pourra obtenir d'excellent résultats dans le traitement de la tuberculose.

P. Sainton.

Emploi d'un appareil pour soutenir le cœur dans les affections cardiaques, spécialement dans la dyspnée cardiaque (*Deutsche med. Wochenschrift*, 25 janvier 1900). — Abée de Nauheim, ayant observé que beaucoup de cardiaques dyspnéiques cherchent à se soulager en comprimant avec leurs mains la région du cœur, a imaginé une pelote qui s'applique en permanence sur cette région. Les vingt-neuf malades ainsi traités ont tous ressenti une amélioration subjective, une diminution plus ou moins marquée de la dyspnée, etc. : l'âge des malades a varié entre trente et quatre-vingt ans. L'auteur a traité par la pelote 2 anévrismes de l'aorte, 3 lésions valvulaires, 2 cas avancés de rétrécissement mitral avec insuffisance, 1 cas de maladie de Basedow avec hypertrophie du cœur gauche, etc., les autres cas ressortissant à la myocardite et à l'artériosclérose.

La pelote a pour effet de repousser le cœur vers en haut (2-3 cent. de déplacement) et de modifier d'une façon remarquable le choc de la pointe, qui est déplacée vers la ligne médiane (1 à 1 1/2 cent.). Le pouls radial semble devenir plus plein, il est en tout cas ralenti par l'emploi de la pelote (10 pulsations en moins par minute au maximum). Les effets sont en général rapides et bien attribuables au port de l'appareil, car si on enlève ce dernier, les accidents réapparaissent.

Un malade a porté la pelote pendant cinq mois, les autres pendant un temps moins long. L'appareil est de suite fort bien supporté; deux ou trois patients se sont toutefois plaints que leur estomac était quelque peu comprimé. Dans ces cas, la ceinture sur laquelle est fixée la pelote peut être remplacée par un corset orthopédique à l'intérieur duquel la pelote sera fixée. Celle-ci ne représente pas un appareil curatif, elle ne sert qu'a faciliter le travail du cœur.

On ne doit pas serrer, dès le début, la ceinture au maximum, et il faut toujours enlever l'appareil pendant la nuit. L'effet thérapeutique n'est pas toujours immédiat : il faut parfois quelques jours pour que les malades s'habituent à la pression.

On peut, du reste, modifier à volonté cette pression en serrant et desserrant la ceinture, suivant les besoins momentanés (gêne après les repas, par exemple).

Comment peut-on expliquer l'action thérapeutique de l'appareil? Par le fait qu'un cœur hypertrophié exerce des tractions sur l'aorte, et qu'en soutenant de bas en haut ce cœur, on évite ces tiraillements qui semblent, dans certains cas, avoir pour conséquence de déplacer l'orifice des coronaires. L'auteur ne serait pas éloigné d'expliquer ainsi les résultats obtenus dans les myocardites, et d'attribuer à une gêne provoquée par des tiraillements de ce genre les cas d'angine de poitrine sans lésions des coronaires.

En résumé, l'auteur croit qu'il est rationnel de combattre les troubles mécaniques par des appareils agissant mécaniquement, plutôt que par des médicaments.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

La tolérance des bromures chez les épileptiques âgés par Féré (*Revue de médecine*, n°1 p. 1, 1900). — C'est au début de l'administration des bromures que l'élimination est la moins abondante: au bout d'un certain temps l'élimination peut arriver à se rapprocher du taux de l'ingestion. Ainsi M. Féré a cité un épileptique qui, prenant 37 grammes de bromure de potassium par jour, en rendait 33 gr. 80 par l'urine. L'équilibre approximatif entre l'ingestion et l'élimination s'établit en général entre la deuxième et la quatrième semaine. Quand l'intolérance se manifeste avec des doses faibles, c'est quelquefois que la perméabilité rénale est en défaut, comme il arrive chez les artério-scléreux ou chez les vieillards, ou en raison d'une susceptibilité spéciale.

Si l'intolérance du bromure est plus à craindre chez les vieillards, il ne faut pas croire que cette intolérance soit constante ni même fréquente: l'observation des épileptiques âgés peut fournir maintes preuves de la tolérance.

Les épileptiques âgés éprouvent souvent d'heureux effets des bromures et quelquefois

leurs attaques sont suspendues par des doses faibles, de 4 ou 5 grammes par ex. et en un temps très court. D'autres résistent davantage.

G. Lyon.

Contribution à l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité, par Denis Courtade (*Archives d'électricité Médicale*, 15 janvier 1900). — Quelle est l'influence du traitement électrique sur les paralysies vésicales d'origine centrale? L'électricité est loin de réussir dans tous les cas. Elle agit très peu dans les paralysies isolées du corps, à moins qu'elles ne soient très légères et que les centres médullaires n'aient pas été profondément atteints. Les paralysies isolées du col sont plus rares; elles peuvent cependant survenir tout à fait au début des myélites chroniques diffuses et cèdent rapidement à un traitement approprié.

Le traitement électrique agit très peu sur les paralysies du corps, mais il redonne le plus souvent aux fibres musculaires du col leur tonicité normale, et on voit alors une rétention succéder à l'incontinence vraie.

L'auteur présente deux observations se rapportant à ce dernier point de vue, Dans la première, il s'agit d'un syphilitique âgé de trente-cinq ans ayant eu une paraplégie complète avec incontinence vraie d'urine, qui avait cédé depuis tandis que s'étaient développés du côté gauche, des phénomènes de contracture avec spasmes dus à une sclérose des cordons latéraux. L'incontinence avait persisté, et le malade avait des envies presque continuelles d'uriner, dues à une paralysie du corps et du col. Un traitement électrique journellement appliqué pendant quinze jours suffit pour faire disparaître l'incontinence, à laquelle succéda une rétention : Les envies d'uriner cessèrent alors complètement, et le malade put attendre cinq à six heures avant de se sonder. La paralysie totale du corps et du col avait été transformée en paralysie isolée du corps.

Le second malade est aussi un syphilitique atteint de phénomènes de myélite diffuse depuis deux ans, avec douleurs fulgurantes et paraplégie incomplète. Ces symptômes vinrent se compliquer d'une incontinence d'urine diurne et nocturne, due à une paralysie du corps et du col. Après une dizaine de séances faites tous les deux jours, l'incontinence a disparu pour faire place à de la rétention qui est encore au bout de quatre mois de traitement peu modifiée.

On peut donc conclure que le traitement électrique agit surtout sur les paralysies vésicales dépendant d'un trouble dans l'innervation sympathique. Il réussit beaucoup moins sur les paralysies dues à une lésion du centre médullaire d'où partent les nerfs sacrés.

La rareté des paralysies isolées du col, leur facile curabillité lorsqu'elles coexistent avec une paralysie du corps et la difficulté de la guérison de cette dernière, peuvent tenir à ce que, lorsque le centre médullaire des nerfs sacrés est atteint, les nerfs dégénèrent forcément, car ils ont là leur centre trophique. Il n'en est pas de même des nerfs sympathiques ; ils ont bien une origine médullaire, mais sur leur trajet se trouvent des ganglions qui empêchent la dégénérescence des filets qui en partent.

Technique du traitement électrique. — Trois indications se présentent :

1° Agir sur le muscle lui-même. Pour cela on remplit modérément la vessie avec de l'eau très légèrement salée (solution physiologique à 7/1,000) et on prend comme excitateur vésical soit une électrode spéciale, soit tout simplement un fil métallique introduit dans l'intérieur de la sonde qui a servi à remplir la vessie. Une autre électrode, formée par une plaque de zinc recouverte de peau de chamois et humectée avec de l'eau chaude, est placée sur le périnée ou la partie inférieure du ventre. On fait passer pendant cinq minutes le courant indirect de la bobine à gros fil, avec des intermittences lentes. L'intensité doit être facilement tolérée par le malade. On peut aussi se servir du courant galvanique (10 à 15 m. A) avec intermittences et renversement fréquents. Il faut, dans ce dernier cas, faire bien attention à ce qu'aucune partie métallique ne touche la vessie, car il pourrait se produire avec le courant galvanique des eschares qui ne sont nullement à redouter avec le courant faradique ;

2° Agir directement sur les centres. — On doit, dans ce cas, faire passer un courant galvanique ascendant et descendant le long de la colonne vertébrale avec un pôle fixe sur le périnée et l'autre mobile sur la région dorso-lombaire, avec une intensité de 15 à 25 m. A.

3° Agir sur les centres d'une manière réflexe. — On se sert du courant faradique de la bobine à fil fin avec intermittences rapides. Le pôle positif est placé sur le périnée et le négatif parcourt superficiellement les régions dorso-lombaire et abdomino-crurale. L'intensité doit être suffisante pour que le malade ressente une légère douleur. On peut aussi appliquer l'électricité statique sous forme d'étincelles tirées le long de la région dorso-lombaire du malade assis sur le tabouret isolant et mis en communication avec le pôle négatif de la machine.

E. Vogt.

Exposition d'un cas de bégaiement et démonstration des méthodes employées comme traitement, par Hudson Makuen (*New-York medical Journal*, n° 1086). — L'auteur rapporte ses observations faites sur un sujet atteint de bégaiement. Ce défaut se caractérisait chez ce malade par la contraction spasmodique des muscles du palais et de la langue qui amenait au moment de l'effort de la vocalisation et de l'articulation, des contractions variables comme force et comme durée, se manifestant aux moments les plus inattendus. Elles donnaient au son un caractère saccadé très prononcé, pendant la lecture surtout. L'affection paraissait être une névrose et ressemblait à l'hystérie ou à la chorée.

Chez l'individu dont il est question, il semble qu'il n'y ait pas eu d'incident spécial ayant provoqué l'apparition des accidents qui se manifestèrent dès que le sujet commença à parler, sans cause apparente. L'enfant était probablement né avec une prédisposition qui a pu lui être transmise à travers plusieurs générations. La disposition au bégaiement est plus fréquente qu'on ne le suppose et il est fort possible que beaucoup d'individus en seraient atteints si leur force de résistance était moins grande.

Un jeune frère du malade avait présenté également une tendance au bégaiement, mais il échappa au développement de cette affection, tandis que l'aîné soumis au même traitement, avec sans doute, moins de force de résistance y succomba et conserva trente ans cette infirmité. Il en a été délivré, mais la disposition au bégaiement existe toujours et il lui faudra peut-être des années d'un constant effort pour s'en débarrasser complètement.

Dans le cas dont il s'agit, le mécanisme de leur respiration était défectueux. Pour rendre aux muscles leur fonctionnement normal, on recourut à ce que l'on pourrait appeler le dressage direct des muscles. La méthode employée généralement est une méthode indirecte; cette méthode tend à amener le patient à se servir convenablement de ses muscles. La méthode directe tend à étudier chaque muscle à part, à rechercher celui dont l'action est en défaut et à rétablir l'action normale par un exercice de la volonté.

Chez ce patient, il y avait une absence absolue d'équilibre des muscles extra-thoraciques, ce qui amenait une respiration intermittente et irrégulière. En d'autres mots, la force motrice de la machine vocale était défectueuse et ce fut sur le mécanisme qui faisait fonctionner cette force motrice que l'auteur dirigea son attention. L'action du diaphragme était principalement en défaut et le premier point du traitement fut de mettre ce muscle sous le contrôle de la volonté. Habituellement, son action est involontaire et automatique, mais un tout petit effort suffit à la rendre volontaire et on peut, par l'exercice, arriver à la mettre en harmonie avec ces autres muscles jouant un rôle prépondérant dans l'acte respiratoire. Il faut se rappeler que la fonction du diaphragme lorsqu'il s'agit de produire le son diffère de celle qui entre en jeu au moment de la respiration. Sa contraction légère dans la respiration normale sert à élargir la cavité thoracique dans une direction verticale, c'est pourquoi on peut l'appeler un muscle inspiratoire; mais sa contraction plus forte sert à abaisser les côtes à un degré marqué, ce qui fait que pour la production du son, il devient un des principaux muscles de l'expiration.

La pression du diaphragme sur les viscères est contrecarrée par la contraction des muscles abdominaux qui devront s'opposer à l'action du diaphragme quand celle-ci est trop énergique. On apprit donc au malade à comprimer les viscères abdominaux au moyen d'une action volontaire des muscles abdominaux et à augmenter plus ou moins cette compression selon la force et l'intensité du son à émettre; il apprit aussi à agir sur les muscles d'élévation et de dépression, indépendemment de la voix ou de la respiration, c'est-à-dire qu'il abaissa et releva ses côtes alternativement sous un effort de la volonté, puis cet exercice fut combiné à l'acte respiratoire. Pendant l'inspiration, les muscles élévateurs seuls seront employés, parce que la contraction des muscles abaisseurs ne s'opposerait pas seulement à l'inspiration rapide et profonde, mais qu'elle augmenterait encore inutilement le travail à effectuer.

Il s'agissait ensuite de combiner ces exercices avec le mécanisme vocal. Il faut alors ajouter à la contraction des muscles élévateurs celle des muscles abaisseurs, et faire pour ainsi dire un dosage aussi exact que possible de ces forces agissant en sens contraire pour obtenir un résultat utile.

Lorsque le patient fut devenu capable de diriger de cette manière, par l'effort de la volonté, les muscles présidant à la respiration et à la phonation, on lui apprit à énoncer des syllabes. Il apprit ainsi à mettre en jeu d'une façon normale l'appareil neuro-musculaire pour chaque syllabe en particulier, puis par de fréquents exercices il arriva à énoncer toutes les syllabes. Dès que le patient eut constaté par expérience qu'il était capable d'atteindre un bon résultat dans chaque cas particulier, il fut pratiquement guéri. Il n'avait plus qu'à perfectionner l'émission des sons par un exercice fréquent pour arriver à parler convenablement.

E. Vogt.

Action de la bromipine sur le mal de mer (*Aerztl. Monatschrift*, novembre 1899). — Wulff a pu constater sur lui-même, au cours d'un voyage en mer, que la bromipine ingérée sous forme de capsules, contenant chacune 2 gr. de bromipine à 33 1/2 0/0, ou à la dose d'une cuillerée à café (maximum, une cuillerée à soupe) de bromipine à 10 0/0, présentait une action marquée sur le mal de mer. On débutera par une capsule ou 2 cuillerées à café toutes les 2 heures : plus tard, on diminue les doses : si les symptômes gastriques prédominent, on ajoutera de petites doses d'atropine (1/2 mgr.)

Au point de vue prophylactique, le médicament a donné les mêmes bons résultats dans deux cas.

E. Vogt.

Résultats cliniques et expérimentaux obtenus avec l'injection dans l'espace sous-arachnoïdien (*Deutsche med. Wochenschrift*, 18/25 janvier 1900). — Jacob, assistant de la clinique du Pr Leyden, a depuis quatre ans combiné la ponction lombaire de Quincke, dont la valeur diagnostique est très grande, mais la valeur thérapeutique douteuse, à l'injection de liquides dans l'espace sous-arochnoïdien.

Les expériences sur les animaux ont démontré qu'il faut injecter avec une extrême lenteur (15 à 20 min. pour 25 cc.), sinon on s'expose à des accidents très graves ; d'un autre côté, en injectant des substances colorantes, l'auteur a pu constater que si l'injection est poussée dans le segment inférieur de l'espace sous-arachnoïdien, le liquide injecté remonte rapidement jusqu'au cerveau. Au point de vue de la facilité de la résorption, on ne peut donner de règles absolues ; tout dépend de l'osmose et de la nature du liquide en expérience, mais un fait reste acquis, c'est que l'on peut remplacer le liquide cérébro-spinal évacué par ponction lombaire par une quantité au moins égale d'un liquide donné en l'introduisant dans l'espace sous-arachnoïdien : en outre, les expériences ont prouvé que le liquide injecté séjourne quelque temps dans l'espace sous-arachnoïdien, et est absorbé par le système nerveux central.

Trois indications se présentent pour une intervention de ce genre : 1° l'affection siège dans le système nerveux central ou ses enveloppes, et il s'agit de faire agir localement, aussi vite que possible, l'agent curatif (tétanos, syphilis cérébro-spinale, méningite, etc.) ; 2° les affections nerveuses sans détermination anatomique (épilepsie, chorée, paralysie agitante, etc.) ; 3° les affections au cours desquelles il y a lieu d'annihiler pour un temps plus ou moins long les fonctions sensitives.

Tétanos. — Dans un cas de tétanos puerperal, le traitement par les injections a amené la guérison en 30 jours : le jour de son entrée à la Charité (6e jour de la maladie), injection de 10 cc. de sérum de Behring, après évacuation préalable de quelques cc. de liquide cérébro-spinal. En outre, injection sous-cutanée de 2 grammes du sérum de Tizzoni. La première intervention ne produisit pas d'amélioration : on recommença en conséquence le lendemain (deux injections à doses un peu moindres). A partir de ce moment, amélioration lente et continue jusqu'à la guérison.

Dans le tétanos, l'injection est fort difficile à réussir, à cause de l'opisthotonos, aussi est-il préférable de la faire précéder de l'administration de chloral ou de morphine. En outre, l'injection provoque un accès de fièvre plus ou moins marqué, sans doute par excitation du centre thermogène.

Syphilis-cérébro-spinale. — Une série d'expériences démontra à l'auteur que l'iode a disparu complètement des centres nerveux six heures après l'injection stomacale ou après une injection hypodermique, et que l'iode ne se retrouve du reste dans ces mêmes centres qu'en quantités infinitésimales au cours des six heures qui suivent l'administration du médicament. L'indication de l'injection sous-arachnoïdienne a paru en conséquence très nette dans des cas graves de syphilis cérébrale. Les expériences sur des chiens démontrèrent qu'il suffit de doses minimes pour prduire des accidents très marqués. La dose maniable pour l'homme fut, en conséquence, calculée à 0 gr. 01 par injection, en solution à 0,04 0/0.

L'auteur rapporte trois cas ainsi traités : dans l'un, le malade fut tiré pour quelque temps de son état comateux, par une injection, mais succomba ensuite. Dans un second cas, caractérisé par des parésies diverses, du ptosis, de la diplopie, etc., une première injection de 50 cc. d'une solution de K J à 0,05 0/0, provoqua de la céphalée, des vomissements et de l'hyperthermie, mais le ptosis disparut pour ne plus revenir. Les parésies des membres supérieurs ne furent pas influencées, mais bien celles des membres inférieurs qui furent notablement améliorées. On observa de la glycosurie au cours des trois premiers jours après l'intervention.

Dans un troisième cas, présentant une paraplégie spasmodique complète des membres inférieurs, une injection de 25 cc. d'une solution à 0,04 0/0 amena des accidents analogues, mais pas de glycosurie : le résultat thérapeutique fut nul, aussi fit-on quinze jours plus tard une seconde injection dont les conséquences furent

identiques. On remplaça alors les injections par un traitement par le sublimé en injections hypodermiques : même résultat négatif. On se décida, au bout d'un mois environ de ce traitement à faire une troisième injection sous-arachnoïdienne qui amena une amélioration telle, que l'on put ensuite, grâce à la kinésithérapie, faire marcher la malade dans la salle avec l'aide d'une infirmière.

En résumé, il y a lieu de conseiller cette médication dans les cas où existe une menace de terminaison fatale à bref délai et dans ceux où le traitement classique est resté de nul effet.

Analgésie. — Bier a obtenu une anesthésie complète en injectant dans l'espace sous-arachnoïdien 1/2 cc. d'une solution de cocaïne à 0,01 0/0. Cette analgésie dure 40 minutes environ, s'accompagne de la conservation du toucher et envahit la moitié inférieure du corps. Jacob a fait disparaître, pour quelques heures, des douleurs fulgurantes intolérables chez un ataxique, en injectant 1 cc. d'une solution de cocaïne à 0,01 0/0.

L'auteur n'a jamais observé, au cours de ses interventions et expériences, de troubles dus à la compression cérébale, mais il a pu reconnaître que les centres nerveux sont extrêmement sensibles aux irritations d'ordre chimique.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Des indications de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne dans les suppurations chroniques, par Baratoux, (*Progrès médic.*) novembre 1899). — Les indications d'intervenir peuvent se diviser en deux groupes : 1° le pus stagne dans la caisse et a envahi l'apophyse mastoïde, 2° on veut obtenir la guérison opératoire de l'otorrhée.

Si le malade présente, dans le cours d'une otorrhée, des symptômes cérébraux graves faisant craindre une méningite localisée ou une phlébite du sinus latéral, il faut intervenir d'urgence et pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde d'abord, puis, dans une deuxième intervention ouvrir la dure-mère si les symptômes cérébraux n'ont pas disparu au bout de 24 heures.

On voit parfois des malades atteints d'écoulement fétide de l'oreille se plaindre de temps en temps de somnolence, de torpeur ou d'agitation avec fièvre, de vertiges, etc. Ces accès passagers se répètent jusqu'à ce qu'on ait soigné l'oreille qui en est le point de départ. Dans ces cas il est nécessaire d'ouvrir la caisse et ses annexes, car il existe toujours une carie du temporal et le malade est sous le coup d'une résorption pyogénique ou d'une complication intra-crânienne.

Dans le deuxième groupe d'indications il faut distinguer les cas où l'otorrhée est simple de ceux où elle est compliquée de fistule, paralysie faciale, polype, cholestéatome et tuberculose locale.

Quand il y a fistule, paralysie faciale ou abaissement de la paroi supérieure du conduit auditif il faut ouvrir l'apophyse mastoïde.

Le polype ou le cholestéatome doivent tout d'abord être traités méthodiquement avant de recourir à une plus grave opération.

Si le polype est situé en arrière du manche du marteau il y a lieu de supposer une carie de l'enclume ; s'il sort d'une perforation de la membrane de Schrapnell c'est le col ou la tête du marteau qui est atteint.

On peut voir, dans la caisse, des tumeurs polypeuses qui proviennent de la dure-mère et qu'il faut savoir respecter.

L'otorrhée simple n'est justiciable de l'évidement mastoïdien que si le traitement médical prolongé ne donne aucun résultat.

Si le traitement antiseptique n'arrête pas l'otorrhée, on fait l'extraction des osselets, le curettage de l'attique, dont on enlève la paroi externe et on tamponne avec de la gaze. Si le pus fétide et les granulations reparaissent, il est alors indiqué de recourir à l'opération radicale.

A. Courtade.

Localisation des processus otopathiques au moyen du diapason, par Berini (*Barcelona*, 1899). — M. Berini vient de faire paraître en espagnol. un mémoire sur la localisation des processus de l'oreille, au moyen du diapason.

Il passe successivement en revue les diverses épreuves de Weber, de Riune, de Gellé, de Bing et indique la valeur diagnostique des résultats qu'elles fournissent.

L'état de l'audition pendant les expériences de Torjubec et de Valsalva donne aussi des indications sur l'état de perméabilité des trompes d'Eustache ; aussi l'auteur n'a eu garde d'oublier ce moyen d'information dans son intéressant mémoire.

A. Courtade.

Du traitement de l'épistaxis, par J. Broeckaert (*Belgique méd.*), 21 décembre 1899). — L'hémorragie nasale spontanée, a pour siège, 90 fois sur 100, la partie antérieure et inférieure de la cloison et résulte de la rupture de petites varicosités veineuses. Dans les autres cas, elle peut être due à la rupture d'un des rameaux de l'artère sphéno-palatine ou être diffuse.

L'épistaxis s'observe fréquemment dans les maladies infectieuses, les maladies du foie, des reins : elle peut encore être supplémentaire.

En présence d'une épistaxis, il y a indication de l'arrêter si elle est trop abondante, et d'en empêcher le retour.

Souvent, on peut, chez l'enfant, arrêter l'hémorragie nasale en serrant quelque temps le nez entre les doigts ou d'introduire (Eeman) dans la narine un morceau d'amadou que l'on presse contre la cloison. Si la compression ne suffit pas, tamponner la narine avec des bourdonnets d'ouate aseptique ou de la gaze stérilisée ou antiseptique : on n'aura recours à un tamponnement plus complet qu'au cas où cela ne suffirait pas : le tamponnement postérieur ne doit être qu'exceptionnel.

Dans les épistaxis légères, le tampon doit être retiré le lendemain ou au bout de 48 heures si l'hémorragie a été abondante.

Ce traitement d'urgence suffit parfois à arrêter pour toujours l'hémorragie ; mais si celle-ci se reproduit il faut instituer le traitement radical.

A l'examen direct on constate, sur la cloison, un point noirâtre qui n'est autre que le caillot obturateur qui se trouve sur le trajet d'un vaisseau nettement dessiné.

La cautérisation du vaisseau peut se faire soit avec l'acide chromique, soit encore mieux avec le galvano-cautère porté au rouge sombre.

On a encore employé pour combattre l'épistaxis, les solutions d'antipyrine ou de cocaïne, l'eau oxygénée dont on imbibe un tampon, maintenu en place pendant quelques minutes.

L'auteur relate deux observations d'épistaxis graves, qui ont pu être arrêtées par la cautérisation, aidée du tamponnement dans le second cas qui concerne un albuminurique.

A. Courtade.

Administration de l'oxygène par l'injection trachéale d'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène), par Mendel (*Académie de Médecine*, 30 janvier 1900). — Pour que les inhalations d'oxygène soient bien faites, il faut, d'une part, que la force respiratoire du malade soit suffisante ; d'autre part, que le dégagement du gaz soit assez facile. Or, il s'en faut que ces deux conditions soient toujours remplies. Aussi le Dr Mendel a-t-il eu l'idée d'appliquer à l'administration de l'oxygène la méthode des injections trachéales. Après de multiples essais sur les chiens il a constaté que l'eau oxygénée, chimiquement pure, peut être injectée sans inconvénient, à la dose de 15 ou 20 cc. à des chiens de 20 à 25 kilog. L'opération peut être répétée chaque jour sans aucun dommage.

Fort de cette expérience le Dr Mendel a appliqué ce traitement à l'homme. Il s'est servi d'une seringue de 3 cc. de contenance et munie d'une canule à courbure appropriée. L'eau oxygénée à 10 volumes, est lancée coup sur coup, à raison de trois ou quatre seringues par séance.

On peut répéter cette opération une seconde fois dans la journée : on injecte ainsi la valeur de 300 à 400 cc. d'oxygène. L'irruption de l'eau oxygénée dans la trachée ne donne lieu, la plupart du temps, à aucune sensation ; quelquefois, les sujets un peu sensibles ressentent un certain picotement, dû au dégagement de l'oxygène. Pour éprouver cette sensibilité, il est bon, dans la première séance de couper l'eau oxygénée d'environ une fois son volume d'eau distillée.

Enfin l'eau oxygénée doit être livrée au médecin dans des flacons de 15 à 20 grammes, car dans un flacon débouché et en vidange, la teneur de ce produit diminuerait très notablement et l'oxygène se dégagerait au contact de l'air. Pour la même raison, la préparation de ce produit doit être, autant que possible, extemporanée.

On peut pratiquer l'injection intra-trachéale sans le secours du miroir. La langue du patient étant maintenue en dehors de la bouche, la canule de la seringue intra-trachéale est dirigée avec douceur derrière la langue ; elle passe derrière l'épiglotte et le praticien relevant suffisamment la main, lance le liquide dans le larynx.

Associée aux injections d'huiles essentielles celles d'eau oxygénée produisent de bons effets dans la tuberculose pulmonaire ; le Dr Mendel pratique l'injection d'eau oxygénée une fois sur quatre ou cinq séances d'injections d'huiles essentielles.

Ce traitement a été appliqué pendant trois mois, à douze malades, tous tuberculeux à différents degrés. Chez ces malades a été constatée une amélioration très nette de la respiration, survenant une demi-heure ou une heure après l'injection et durant plusieurs heures. On note encore une sensation de mieux général et de force très caractéristique.

Enfin l'appétit est augmenté ; les digestions sont plus faciles.

G. Lyon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité

à l'hôpital de la Charité

Ventro-fixation de l'utérus sans laparatomie par Franck Suggs (*N. Y. Med. Journ.* 9 décembre 1899). — Grâce à l'emploi du « porte-suture » de l'auteur, on peut pratiquer facilement cette opération par le vagin. On fait, à l'ordinaire, l'incision postérieure et on ouvre le Douglas. On détache avec le doigt les adhérences, on amène les annexes en vue pour les examiner et les traiter suivant leur besoin, puis on bascule complètement l'utérus de façon à avoir sous les yeux, dans l'incision, tout le fond et même un peu de la face antérieure. On scarifie quelque peu cette face et on passe dans la paroi utérine trois anses de catgut dont on conserve les bouts entre les mors d'une pince. Ce sont ces catguts qu'ils'agit de fixer à la paroi antérieure, et l'auteur y arrive de la façon suivante :

Il a une longue canule courbe, terminée par une partie mousse, et dans laquelle court un long trocart flexible dont la pointe munie d'un chas peut saillir de 5 à 6 centimètres. On passe dans ce chas les deux chefs d'une longue anse de soie et on rentre la pointe dans la canule.

La malade étant alors renversée dans la position de Trenelenburg, la main gauche de l'opérateur réduit l'utérus et l'appliqne contre la symphyse tandis que la droite conduit la canule du trocart entre les doigts de la main gauche jusqu'au contact de la paroi abdominale, laquelle est déprimée par un aide. On pousse le trocart à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'aide puisse saisir les bouts du fil de soie qu'il défile et attire au dehors, amenant ainsi une des anses de catgut dont les bouts ont été tordus avec la boucle du fil de soie. Cette petite manœuvre est répétée pour chacun des catguts et ceux-ci sont liés sur la paroi abdominale, par-dessus un petit rouleau de gaze.

Il n'y a plus qu'à fermer l'incision vaginale.

R. Blondel

Traitement de la blennorrhagie chez la femme, par A. Ravogli (*Med. News*, 18 novembre 1899). — Après avoir décrit les différentes formes et localisations de la blennorrhagie aiguë et de la blennorrhagie chronique chez la femme, l'auteur expose ainsi le traitement :

L'objet de ce traitement doit être de débarrasser promptement et souvent les muqueuses des sécrétions qui les irritent et de détruire le gonocoque dans tous les points où il est cantonné.

On obtient le premier résultat par des irrigations longues et prolongées avec des solutions antiseptiques; et le second par l'application d'agents capables de modifier l'épithélium et d'atteindre le gonocoque dans les couches sous épithéliales de la muqueuse.

Les grandes irrigations se font deux fois par jour sur la vulve, dans le vagin et jusque dans la portion vaginale du col, avec du sublimé à 1/5000 ou du permanganate à la même dose. Tous les deux jours, le médecin fait lui-même une longue irrigation et nettoie soigneusement le col avec des tampons de coton puis il lave le canal cervical avec un courant très faible. S'il y a de l'uréthrite, l'urèthre est lavé de la même manière avec une sonde à double courant. L'auteur ne croit pas nécessaire de remplir la vessie comme chez l'homme, à cause de la douleur que peut occasionner la résistance du sphincter vésical chez la femme.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'auteur fait des irrigations dans le corps de l'utérus, quand l'écoulement est très particulièrement abondant. Ordinairement, il se contente d'instillations de protargol à 1 0/0.

Les antiblennorrhagiques connus, les plus actifs sont l'ichtyol et les sels d'argent.

L'action bienfaisante de l'ichtyol se fait surtout remarquer dans les cas aigus : on l'emploie sous forme d'applications de tampons imbibés d'ichtyol et de glycérine par parties égales.

Les sels d'argent sont préférables dans les cas subaigus et chroniques. On réservera les solutions un peu fortes de nitrate pour les cas où il y a des excoriations avec granulations.

Le protargol présente de nombreux avantages: on l'emploie en injections uréthrales à la dose de 1 à 3 0/0, dans les glandes de Bartholin, dans le col et jusque dans l'utérus. Dans ce dernier cas, on doit pousser l'injection très lentement et laisser la sonde en place quelques instants pour permettre à tout le liquide de s'écouler hors de la matrice. On place un tampon sur le col pour y prolonger l'action modificatrice du protargol.

Le protargol n'est pas douloureux et son action est rapide : on en cesse l'emploi dès que les gonocoques ont disparu des sécrétions. Il est toujours prudent de faire un nouvel examen après les premières règles, car il n'est pas rare de voir à ce moment une recrudescence de la vitalité des gonocoques.

La curettage de l'utérus ne doit être pratiqué qu'en dehors de toute période inflammatoire, et l'auteur y avait souvent recours autrefois. Mais, depuis qu'il a adopté le protargol, il est tout à fait exceptionnel qu'il ait maintenant besoin d'aller jusque-là.

Au cours du traitement local, il ne faut pas négliger le traitement général : quelques purgatifs salins doivent être administrés ainsi qu'un peu de fer.

R. Blondel.

L'hypodermoclyse ferrique dans l'aménorrhée essentielle par Henrotay, (*Société de médecine d'Anvers*, séance du 8 décembre 1899). — M. Henrotay a eu l'occasion de mettre en pratique l'administration du fer en masse par l'hypodermoclyse.

Il emploie le pyrophosphate de fer et de soude 1 gr. pour 500 c³ de solution physiologique, et injecte 250, 300 ou 350 centimètres cubes, une injection tous les huit jours, dans le tissu sous-mammaire en avant de l'aponévrose du grand pectoral. L'injection est un peu douloureuse, aussi l'a-t-il modifiée, et emploie-t-il maintenant le glycérophosphate de fer dont l'injection est indolore.

Le premier cas soigné était une jeune fille de 18 ans qu'on croyait enceinte et qui était virgo intacta. Au bout de la quatrième injection, la malade était réglée : on continua et on fit en tout 8 hypodermoclyses ; les règles viennent maintenant régulièrement.

Dans le 2e cas, il s'agit d'une jeune fille de 19 ans 1/2 déjà soignée par toutes sortes de médicaments martiaux sans aucun résultat : on l'a injectée, il y a huit jours, et elle a été réglée 3 jours après.

Est-ce la solution physiologique ou le fer qui a produit ces phénomènes ? L'auteur continue la série des expériences et signale les inconvénients qui suivent l'hypodermoclyse. Il a remarqué de la prostration, qui survient quelques instants après l'injection, et dure jusqu'au lendemain.

R. Blondel.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La pratique de la stérilisation des solutions pharmaceutiques, par J. A. Cordier (*Bulletin des sciences pharmacologiques*, novembre 1899). — L'auteur fait ressortir les difficultés auxquelles les praticiens se heurtent dans la stérilisation des solutions médicamenteuses.

Si l'on passe directement à l'autoclave, une solution de chlorhydrate de morphine, elle brunit fortement, sans qu'on puisse reconnaître la nature de cette altération évidente. De plus, cette action soutenue d'une température de 115°, met-elle bien à l'abri de la formation d'une petite quantité d'apomorphine, sel dont les énergiques propriétés émétiques à dose infinitésimale, viennent encore augmenter les inconvénients inhérents à l'emploi d'un sel de morphine.

Il est donc tout naturel de penser à la bougie filtrante, surtout depuis que l'on se procure avec la plus grande facilité ces instruments en porcelaine d'amiante ou même en alumine, et fonctionnant avec la plus grande rapidité, sans nécessiter l'usage du vide ou de la pression. Mais ici encore s'élèvent d'autres écueils. Par un phénomène de teinture ou d'impression mécaniques, les bougies retiennent une certaine quantité de sel, variable avec la concentration de la solution. Dans une expérience exécutée avec une bougie stérile en porcelaine d'amiante, l'auteur a trouvé un affaiblissement de 1 pour 25, pour la solution de chlorhydrate de morphine au cinquantième du Codex. En second lieu, cette solution, enfermée dans des flacons stériles, a abandonné, au bout de quelques jours, un dépôt pariétal huileux qui n'a pas tardé à cristalliser en fines tablettes rhomboïdales. Il est facile de s'assurer que ces cristaux convenablement lavés renferment de la morphine, l'acide azotique les colorant en rouge; la coloration sur la lame de platine laisse après carbonisation de la matière organique, un résidu vitreux formé sans doute de silice et d'une terre alcaline.

Les inconvénients relatifs à l'emploi de la chaleur peuvent être cependant écartés et ceux qui se rapportent à la filtration peuvent être considérablement réduits. Voici comment il conviendrait d'opérer : Placer à l'autoclave une pissette renfermant de l'eau distillée et un flacon sur lequel on a tracé un trait de jauge, correspondant au volume exact de la solution à préparer. Le col de ce flacon supporte un entonnoir garni d'un filtre en papier Chardin épais, filtrant très exactement, ou encore, en papier Berzelius que l'on peut doubler pour plus de sécurité. Dès que cet ensemble est retiré du stérilisateur, on ajoute sur le filtre la pesée de sel, et on l'arrose, pour la dissoudre. avec de l'eau de la pissette jusqu'à l'obtention de l'affleurement du trait. On peut alors, par les procédés habituels de transvasements aseptiques, opérer la répartition dans des flacons stériles de moindre importance, et l'auteur s'est assuré que ces solutions

peuvent se conserver indéfiniment indemnes des altérations que l'on rencontre couramment dans les solutions de morphine.

Un cas analogue se présente pour une catégorie de produits dissociables par la chaleur, tels que les phosphates terreux, dont les solutions laissent à leur sortie de l'autoclave un dépôt ne se dissolvant plus sensiblement par refroidissement. Enfin, si l'on se trouve en présence de substances nettement altérables par la chaleur, ou dont la filtration au papier est difficile, tels que les albuminoïdes et leurs dérivés, il faudra absolument revenir à l'emploi de la bougie avec application du vide ou de la pression; on sait que les bouillons chargés de toxines que l'on veut séparer des bactéries qui leur ont donné naissance, rentrent dans ce cas particulier.

E. Vogt.

L'action physiologique et thérapeutique du guaïamar, dérivé du gaïacol, par Georges F. Butler (*New York medical Journal*, n° 13, 1899). — Le guaïamar est une poudre sèche, blanche, pouvant se fondre à 75° C. soluble dans l'alcool, le chloroforme, l'éther, la glycérine, et dans environ vingt parties d'eau à la température ordinaire. Il est indifférent à l'action du papier tournesol, non hygroscopique et d'un goût amer et aromatique. On peut l'administrer avec de la quinine, de l'huile de foie de morue, du malt, des hypophosphites et de la pepsine.

A l'état pur, le guaïamar possède des propriétés antiseptiques, mais sa valeur réelle consiste en ce qu'il donne naissance à du gaïacol, en partie dans l'estomac, mais surtout dans l'intestin. Cette décomposition est probablement causée par le contact avec des matières putrides qui amènent en même temps la résorption d'une molécule d'eau.

Ce médicament ne contrarie pas la digestion, au contraire il possède une action tonique, et les individus souffrant d'une mauvaise nutrition sont beaucoup améliorés par l'emploi du guaïamar. A l'intérieur on peut prendre des doses variant de 15 à 75 centigrammes. S'il ne survient pas d'irritation de la région génito-urinaire, on peut sans danger administrer des doses de 50 à 75 centigrammes trois fois par jour.

Les résultats obtenus avec ce remède, permettent à l'auteur d'affirmer que le guaïamar est un antiseptique égalant et même surpassant dans certains cas, tous les antiseptiques de la catégorie des phénols.

L'auteur a employé le guaïamar dans 20 cas de fièvre typhoïde à l'exclusion de tout autre remède et dans tous ces cas la maladie suivit un cours exceptionnellement tranquille et modéré. Il ne se présenta aucune hémorragie intestinale, ni tympanite, les systèmes nerveux et digestif étaient en général en excellent état. Il est à remarquer qu'après trois jours d'administration de guaïamar les selles étaient devenues tout à fait inodores.

Un onguent de guïamar et de lanoline appliqué sur les jointures et recouvert d'ouate diminue beaucoup les douleurs dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'auteur a employé avec succès dans différents cas d'arthrite gonorrhéique la prescription suivante :

Guaïamar.....		8 gr.
Onguent de belladonne.	ãã	12 gr.
Onguent hydrargyrique.		

Us. ext.

Appliquer librement sur la jointure atteinte, frictionner doucement et couvrir avec de l'ouate et des bandes.

Le guaïamar est efficace dans les bronchites, c'est un expectorant très appréciable par ses propriétés antiseptiques en cas d'expectoration fétide.

L'auteur a employé avec succès le guaïamar dans le traitement de la tuberculose, il exerce une action favorable sur la sueur, la toux et l'expectoration.

L'avantage du guaïamar sur la créosote et ses dérivés, c'est qu'il stimule l'appétit et la digestion. Dans un cas d'érysipèle de la face l'auteur administra ce remède à l'intérieur par doses de 0 gr. 25, trois fois par jour, et appliqua sur la zone atteinte, une solution aqueuse glycérinée de guaïamar; l'amélioration survint rapidement.

Pour le pansement des ulcères, on a employé avec un réel avantage une pommade d'oxyde de zinc benzoïné contenant du guaïamar et du baume du Pérou.

Cet onguent, ou un simple onguent de guaïamar à la dose de 3 grammes à l'once est également utile dans les ulcères suppurant abondamment. Le remède peut être employé sous la forme d'un onguent, en solution dans l'eau ou dans l'eau alcoolisée. En solution le guaïamar est un excellent antiseptique pour les lésions syphilitiques. Il n'est pas irritant en solution aqueuse et peut être appliqué sur les plaies vives.

Trois cas de cystite chronique ont été traités avec succès par le guaïamar; c'est un antiseptique génito-urinaire puissant qui prévient la décomposition des urines; ce médicament, cependant, ne combattra pas aussi vite que le gaïacol benzoïné l'excessive alcalinité de l'urine qui se présente dans beaucoup de cas de cystite. Si l'action du guaïamar est moins rapide et moins décisive dans la cystite elle est supé-

rieure à celle du benzosol comme remède interne dans la gonorrhée chronique et la blennorrhagie. Il faut toutefois se rappeler que certains individus ont une idiosyncrasie particulière vis à vis de ce médicament qui leur cause de l'irritation.

Dans les désordres gastro-intestinaux le guaïamar est un remède inappréciable. Il est douteux que le guaïamar subisse une transformation dans un estomac sain, cependant lorsqu'il y a des fermentations gastriques dues à des bactéries saprophytiques, la fermentation et la putréfaction décomposent une portion du guaïamar en libérant le gaïacol qui arrête le développement des micro-organismes.

Il n'y a pas de meilleur remède que le guaïamar dans les diarrhées infantiles; il prévient les fermentations intestinales.

E. Vogt.

Le bromoforme, par Kuss. (*Bulletin médical*, n° 101, p. 1153. 1899). — Bien que connu depuis 1832, le bromoforme n'est entré, dans la pratique médicale, qu'à la suite de la publication d'un travail de Stepp (de Nuremberg), en 1899.

Stepp fit de ce médicament un véritable spécifique de la coqueluche; les recherches ultérieures de Lowenthal, de Neumann, de Cassel, de Furtz, de Cohn en Allemagne; de Nauwelars, en Belgique; de Marfan, en France, ont montré que le bromoforme, chez beaucoup de malades atteints de coqueluche, détermine une diminution notable de l'intensité et du nombre des quintes; que, par suite, les vomissements disparaissent et que l'état général devient meilleur.

Certains enfants ne retirent aucun bénéfice de la médication. D'autre part, la médication doit être continuée pendant longtemps: sinon les quintes réapparaissent. Enfin, la durée de la maladie ne paraît nullement abrégée, alors même que le bromoforme est employé dès le début de la période spasmodique.

Le bromoforme ne doit pas être considéré come un spécifique, car on peut obtenir identiquement les mêmes effets, au cours d'une épidémie, en employant d'autres médicaments : quinine, antipyrine, belladone.

L'action empêchante sur l'apparition des infections bronchiques ou broncho-pulmonaires est fort douteuse.

Le pouvoir antiseptique du bromoforme paraît certain ; mais il est vraisemblable que, dans la coqueluche, l'action de ce médicament est plutôt due à ses propriétés anesthésiantes locales sur la muqueuse des voies respiratoires. Ce qui le prouve, c'est le bénéfice considérable que l'on retire souvent de l'emploi du bromoforme, en dehors de la coqueluche, chez l'adulte ou chez l'enfant, dans les toux spasmodiques et quinteuses, dues à un léger degré d'irritation des voies aériennes, ou dans les toux réflexes.

Le mode d'administration du bromoforme doit être soigneusement spécifié, car une préparation magistrale défectueuse expose le malade à des phénomènes d'intoxication. Il importe de se rappeler que le médicament est très peu soluble dans l'eau, et que s'il fait partie d'une potion où il est incomplètement dissout ou mal émulsionné, il se rassemble au fond du vase, toute la dose prescrite pouvant ainsi être ingérée en une seule fois, avec la dernière cuillerée de la potion.

Il y a deux manières d'obtenir une solution parfaite et stable de bromoforme : la première consiste à recourir à l'eau bromoformée que l'on prépare de la même manière que l'eau chloroformée. Un litre d'eau distillée arrive à dissoudre 3 grammes de bromoforme, d'après Mathieu et Richaud, 1 gramme de bromoforme représentant 37 gouttes: 100 grammes d'eau bromoformée contiennent 11 gouttes et deux cuillerées à café une goutte. L'eau bromoformée, gardée dans des flacons bien bouchés se conserve indéfiniment. Quand on veut donner de fortes doses de bromoforme il est préférable de le prescrire en sirop :

Bromoforme.....	X gouttes
Alcool à 90°.....	4 cc.
Sirop quelconque.....	16 grammes

A. Robin et Voisin.

(Evitez toute introduction d'eau, sinon le bromoforme se précipite en partie).

En utilisant comme dissolvant un mélange de glycérine et d'alcool, on peut employer une quantité d'alcool un peu plus faible que dans la formule précédente :

Bromoforme.....	5	grammes
Alcool à 95°.....	45	—
Glycérine officinale....	150	—
Sirop.....	800	—

(Mélanger dans l'ordre indiqué en agitant chaque fois; le mélange d'abord trouble, s'éclaircit au bout de quelques heures),

Si l'on ne veut pas faire ingérer au malade ces quantités d'alcool relativement fortes, on pourra prescrire une émulsion :

Bromoforme.....	48 gouttes
Huile d'amandes douces. }	àà 15 grammes
Gomme arabique..... }	
Eau de laurier cerise....	4 —
Eau..... qs. pour	120 cc.

Marfan et Leclerc.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

En tous les cas, il importe de prescrire du bromoforme pur, rectifié depuis peu et conservé dans des flacons soigneusement bouchés, à l'abri des rayons solaires.

Pour ce qui est des doses, il faut, en général, arriver progressivement à des doses de plus en plus fortes,

Voici celles qu'indique Marfan :

Au-dessous de 6 mois la dose initiale *pro die* sera de 2 gouttes.

De 6 mois à 1 an, de 3 à 4 gouttes.

De 1 à 5 ans, 4 gouttes par année d'âge.

De 5 à 10 ans, de 20 gouttes.

Augmenter les doses initiales progressivement de 2 à 4 gouttes par jour, jusqu'à les doubler.

Le bromoforme est, en général, parfaitement toléré et son emploi peut être continué sans inconvénients pendant plus de trois à quatre semaines. Si l'on constate un peu de somnolence, on diminuera légèrement les doses.

Aux doses thérapeutiques, on n'a jamais observé d'accidents; les cas d'empoisonnement signalés (une vingtaine environ) ont toujours été le fait, soit d'une préparation défectueuse, soit d'une erreur. La dose nocive a été très variable; plusieurs enfants de quatre ans ont été intoxiqués par de petites quantités de bromoforme, 20 à 30 gouttes prises d'un coup; d'autres ont ingéré jusqu'à 4 à 6 grammes à la fois.

Les symptômes de l'empoisonnement éclatent presque aussitôt après l'ingestion. L'enfant, au bout de quelques minutes tombe dans un état comateux avec perte totale de la sensibilté, résolution musculaire complète. Le faciès est livide; les lèvres et les oreilles sont cyanosées, les extrémités froides. Les battements du cœur deviennent très faibles, très fréquents, irréguliers, intermittents. La respiration est accélérée, superficielle, irrégulière, intermittente.

Malgré ces symptômes alarmants, le pronostic est relativement bénin. Sur 16 cas d'empoisonnement rassemblés par Reinecke, un seul s'est terminé par la mort. Dans tous les autres cas, le sommeil comateux a cessé au bout de cinq heures, au maximum.

Il faut évacuer l'estomac par le lavage, dès que l'empoisonnement est constaté; lutter contre l'asphyxie par la traction rythmique de la langue, les excitations cutanées, la faradisation, le marteau de Mayor, mais surtout la respiration artificielle continuée avec persévérance. Il est utile de plus de débarrasser les voies aériennes supérieures des mucosités qui les encombrent. On combattra le collapsus cardiaque au moyen des injections d'éther, d'huile camphrée et de strychnine. On réveillera la sensibilité au moyen de bains chauds sinapisés avec affusion froide sur la tête, de frictions cutanées, de sinapismes, de lavements excitants.

G. Lyon.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

CRÉOSOTE

Propriétés physiques et chimiques, incompatibilités :

Deux variétés : *créosote de houille*, provenant de la distillation du coaltar et *créosote de hêtre*. On utilise uniquement pour l'usage interne la créosote de hêtre; celle-ci est un mélange de phénol, de crésylols, de gaïacol, de créosol et homologués, etc...

La créosote est un liquide oléagineux, d'odeur pénétrante, de saveur caustique: elle est incolore.

Sa densité est de 1080; 43 gouttes pèsent 1 gramme. Elle est neutre; volatile de 200 à 212°; peu soluble dans l'eau (1 gr. se dissout à 15° dans 200 gr. d'eau); très soluble dans l'alcool, les huiles fixes et surtout dans la glycérine.

La saponine en facilite la dissolution dans l'eau. La créosote est incompatible avec l'eau albumineuse (précipité insoluble).

Applications thérapeutiques :

Est surtout un antiseptique des voies respiratoires, particulièrement utile dans les bronchites chroniques, avec sécrétion abondante et dans la tubrculose pulmonaire à forme bronchitique. Considérée à tort comme un spécifique de la tuberculose et employée d'une façon immodérée, par quelques médecins, dans toutes les formes de cette maladie indistinctement. N'est indiquée que dans les formes torpides, sans

réaction fébrile habituelle, avec bronchite étendue. Est formellement contre-indiquée chez les fébricitants, les hémoptoïques, les artério-scléreux.

Se garder des fortes doses administrées par la voie buccale (action irritante sur les voies digestives); ne pas en prolonger l'emploi, sans intercaler des intervalles de repos dans le traitement.

La créosote est encore employée à l'intérieur comme stomachique, antiémétisant; à l'extérieur comme odontalgique, antiseptique, antibacillaire (lupus), etc.

FORMES PHARMACEUTIQUES ET POSOLOGIE :

Usage interne. — Surtout huile de foie de morue créosotée ou pilules (faites avec le savon amygdalin), solution glycérinée. Les capsules qui ne permettent pas la dilution du médicament; les vins et élixirs qui sont nuisibles par l'alcool qui entre dans leur composition ne sont pas recommandables. Avoir recours le plus souvent à l'administration par la voie rectale; quant aux injections sous-cutanées d'huile créosotée, à fortes doses, injections très vantées, il y a quelques années, elles présentent plus d'inconvénients (toxicité, accidents locaux) que d'avantages et sont d'un emploi moins pratique que les lavements.

En lavements, prescrire les solutions huileuses ou la solution dans le lait; utiliser également les suppositoires pour l'administration par la voie rectale.

Usage externe. — Pommades, emplâtres, pâtes; pulvérisations (solution dans l'eau alcoolisée), inhalation.

DOSES :

Chez l'enfant :

15 mois à 3 ans..	0gr.15 à 0gr.25
3 — à 5 — .	0gr.25 à 0gr.50
5 — à 10 — .	0gr.25 à 1 gramme

Utiliser uniquement chez l'enfant la solution huileuse à 1/150 dont une cuillerée à dessert renferme 0gr.10 de créosote.

Chez l'adulte :

0 gr. 50 à 2 grammes par jour (il est difficile de dépasser la dose de 1 gr. sans constater bientôt l'intolérance des voies digestives).

En injections sous-cutanées, 1 à 5 grammes par jour, dans certains cas, même jusqu'à 15 grammes (Burlureaux), mais ces doses ne sont pas à conseiller. S'en tenir aux doses indiquées plus haut pour l'administration par la voie buccale.

En lavements ; 1 à 3 grammes, en suppositoires 0 gr. 50 pour une dose...

FORMULES :

Cachets :

Créosote.....	10 grammes
Phosphate de chaux...	40 —

Pour 40 cachets, 1 à chaque repas.

Elixir :

Créosote.....	5 grammes
Alcool à 80°	150 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	100 —
Sirop de quinquina....	2500 —

2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Ou

Créosote.....	15 grammes
Rhum.....	985 —

(Codex)

Une cuillerée à soupe contient 0 gr. 20 de créosote.

Glycérine créosotée :

Créosote	2 grammes
Glycérine.....	200 —

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

Huile de foie de morue crésotée :

Créosote.....	15 grammes
Huile de foie de morue.	975 —

2 cuillerées à soupe par jour; une cuillerée à soupe contient 0 gr. 20 de créosote.

Créosote.....	2 grammes
Huile de foie de morue.	300 —

Une cuillerée à dessert contient 0 gr. 10 de créosote (formule pour les enfants).

Huile créosotée et phosphorée :

Huile de foie de morue.	500 grammes
Créosote.....	15 —
Huile phosphorée au 1000°.....	30 —

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Association de la Presse médicale française. — *Réunion du vendredi 2 février 1900.* — Le vendredi 2 février 1900 a eu lieu la 1re réunion de 1900 de l'Association de la Presse médicale, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Laborde, syndic. — 24 personnes assistaient à cette réunion.

I. — Nominations. — 1° Membres honoraires : Ont été nommés membres honoraires de l'Association : M. le Dr Chevallereau (Paris), ancien directeur de la France médicale; M. le Dr Richelot, ancien directeur de l'Union médicale; M. le Dr Duplay, ancien directeur des Archives générales de médecine.

2° Membres titulaires. — Ont été élus membres titulaires : M. le Dr Louis Guinon, rédacteur en chef de la Revue des maladies de l'enfance, en remplacement de M. de St-Germain, décédé; M. le Dr Moulonguet, rédacteur des Archives provinciales de chirurgie; M. le Dr M. Baudouin, représentant désormais la Gazette médicale de Paris; M. le Dr Prieur, rédacteur en chef de la France médicale, en remplacement de M. Chevallereau, nommé membre honoraire.

II. — Candidature. — Un rapporteur a été nommé pour la candidature de M. le Dr E. Vidal, rédacteur en chef des Archives de Thérapeutique (Paris).

III. — Membres honoraires. — L'Association a voté, à l'unanimité, l'article suivant nouveau des Statuts : « Tous les fondateurs de l'Association peuvent demander à être nommés membres honoraires. »

L'élevage des enfants dans le son. — Ce mode d'élevage était jadis très pratiqué en Angleterre et dans de nombreuses parties de la France, notamment en Picardie. Voici, comment on procède : il ne faut pas de lit spécial, il suffit que le berceau soit doublé de grosse toile. Sur tout le pourtour, de 10 en 10 centimètres on coudra de solides anses de cordon pour attacher la couverture. Le son que l'on dépose simplement dans le fond doit être du son de blé soigneusement criblé ; un hectolitre environ suffira, car les berceaux ne contiennent guère que 40 à 50 litres. Peut-être serait-il prudent de le stériliser en le portant pendant quelques temps à une température élevée dans un four de boulanger afin de détruire les larves d'insectes. Le berceau doit être rempli aux deux tiers. On ne change le son que tous les mois environ. Les déjections du bébé s'agglomèrent en boules dont la périphérie est sèche ; il est donc facile à la nourrice de les enlever en enfonçant les mains dans le son. Il n'y a aucune odeur, l'élasticité est très grande, la propreté extrême.

Sur cette couche on place un petit oreiller pour la tête de l'enfant.

La meilleure couverture paraît être une peau de mouton ; en été un lange de laine dont les bords sont fixés par les cordons dont nous avons parlé. La couvertur ainsi suspendue ne repose donc pas sur l'enfant, elle ne peut donc pas être souillée. L'enfant est nu au-dessous de l'ombilic, son habillement se compose simplement d'une chemisette, d'un petit tricot et d'une brassière, le tout fermé par derrière. Dans les premiers temps, l'ombilic sera protégé par un petit pansement puis par de la flanelle.

Une boule d'eau chaude enfoncée dans le son, vers les pieds, maintient la température constante en évitant les brûlures.

Pour faire têter l'enfant, on l'enveloppe dans un lange de laine doublé d'un lange de toile. Pour le lever, ce qui vaut le mieux est de l'habiller à l'anglaise.

En somme, pas d'entraves, liberté absolue de tous les mouvements des membres et du thorax pas de croupissage, pas d'odeur, économie de blanchissage, prix de revient minime.

(*Journal de méd. de Paris*).

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr G. Kolischer, traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner. 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Aucun ouvrage spécial concernant les maladies de la vessie chez la femme n'existait jusqu'à présent. Le Dr Beuttner a donc rendu un véritable service à la science en traduisant le volume du Dr Kolischer, volume dans lequel celui-ci traite avec la plus grande compétence de tout ce qui a trait d'une manière spéciale aux maladies de cet organe. Il comble ainsi une lacune qui existait jusqu'ici dans le domaine de la pathologie.

Ce petit volume est la mise en lumière des théories de Schauta, qui voua dans sa clinique de Vienne une attention particulière aux maladies des organes urinaires de la femme. L'auteur débute par les règles générales de l'examen de l'urèthre et de la vessie, puis il étudie les diverses maladies de ces organes, L'incontinence, énurésis, uréthrite, rétrécissement, calculs uréthraux, catarrhe, œdème, inflammation, cystites gonorrhéique et tuberculeuse, calculs vésicaux, hémorrhoïdes, hernies, pneumaturies, ruptures, sont successivement examinés par le Dr Kolischer, qui s'appuie pour cela sur des procédés encore peu connus jusqu'ici.

Notions de Laryngoscopie utiles aux médecins, par le Dr F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. — Petit in-8, 54 fig. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*), Masson et Cie éditeurs, broché 2 fr. 50, cartonné..... 3 fr.

Ce petit volume est exclusivement consacré au diagnostic et au traitement des maladies du larynx susceptibles d'intéresser le médecin. Il contient un court exposé de la technique laryngoscopique et trachéoscopique, accompagné de conseils utiles, et la description de deux nouvelles méthodes d'investigation encore peu connues et appelées à rendre de grands services ; la laryngoscopie directe de Kirstein et la laryngoscopie chez l'enfant par le procédé d'Escat.

Puis vient l'exposé des différentes affections du larynx : bien qu'elles y figurent à peu près toutes, l'auteur a étudié avec plus de développements celles que le médecin a le plus souvent l'occasion d'observer : œdème laryngé, laryngites chroniques, phtisie, syphilis, cancer, hémorrhagies, etc,, Deux importants chapitres sont consacrés aux paralysies du larynx et aux troubles laryngés des affections nerveuses : la paralysie du récurrent dont la valeur diagnostique est si considérable en pathologie thoracique est étudiée avec détails. Toutes ces notions sont exposées d'une façon très élémentaire, aussi simplement que possible et avec un caractère pratique.

Comment on se défend du rhumatisme. — *La lutte contre les douleurs et l'arthritisme*, par le Dr Henry Labonne, licencié es-sciences, officier de l'instruction publique, une brochure in-8 avec figures dans le texte. (Société d'éditions)..... 1 fr.

L'*Arthritisme* est la maladie du siècle, conséquence de bien être et surtout d'une hygiène déplorable, aussi sommes-nous heureux de recommander cet opuscule fort intéressant et très suggestif, que nous avons lu tout d'une traite. Nous nous attendions bien un peu à le trouver pratique, car dans la même excellente série des *Comment on défend* nous avions étudié *Comment on défend ses poumons* dû à la plume autorisée du même auteur.

Le Dr Labonne nous indique les causes du rhumatisme, ses parentés morbides, l'influence du régime sur sa genèse, ses principales formes, son évolution, ses complications, et ce qui nous importe par dessus tout, sa cure.

Nous savons maintenant qu'il existe, comme pour la goutte, une médication de choix du rhumatisme, de l'arthritisme et de la sclérose. Nous félicitons plus particulièrement l'auteur de la forme qu'il emploie : *Ce qu'il faut faire* ; *ce qu'il ne faut pas faire* ?

Nlle Imprimerie, E. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Des médailles d'argent, à : MM. Barbier, Paris ; Bardot, méd.-major, Fort National, Alger ; Bichon Blain, Loire-Inférieure ; Bindé, Ancenis ; Blesson, Montreuil-sous-Bois ; Bonnecaze, Courbevoie ; Boulet, Saint-Didier-la-Séauve, Haute-Loire ; Galton, Paris ; Carpentier-Méricourt, Paris ; Challiol, méd. aide-major, Laghouat ; Charrier, Nort, Loire-Inf. ; Colldecarréra, Bages, Pyrén.-Orient, ; Copil, Paris ; Courgey, Ivry ; Courtade Outarville, Loiret ; Delarue, Paris ; Domeck, Crémieu, Isère ; Dourlens, Bruay, Pas-de-Calais ; Dourx, Paris ; Dubousquet, Saint-Ouen ; Durand, Arcueil-Cachan ; Duronéa, Ustaritz, Basses-Pyr. ; Gagnières, Bourgoin, Isère ; Ganivet-Desgarviers, Mansle, Charente : Gardette, St-Genest-Malifaux, Loire ; Gaupillat, Troyes ; Gérard, Gourichon, Hamaide, Paris ; Hervey, Troyes ; Hotchkiss, méd. aide-major, Ouargla, Alger ; Isnel, Vizille, Isère ; Laurent, Paris ; Le Doze, Clohars-Carouet, Finistère ; Le Gallic, Bauvalec, Finistère ; Leniez, méd. aide-major, Alger ; Le Port, Lanildut, Finistère ; Lucas, Magnin, Paris ; Michoux, Aubervilliers : Montignac, Paris ; Meufier, Villers-Cotterets, Aisne ; Nicole, Lambézellec, Finistère ; Orval, Paris ; Rouffignac, El-Goléa, Alger ; Sage, Tour-du-Pin, Isère ; Salmon, Paris ; Saussol, Montpellier ; Tagnard, La Mure, Isère ; Sariote, Levallois-Perret ; Terrasse, méd. aide-major., Bou-Saada, Alger ; Tolédano, Paris ; Vallat, Vincennes ; Weil, Yvon, Zibelin, Bertheraud, int. aux Enfants-Assistés, Nobécourt, int, aux Enfants-Assistés. Paris, et à 17 sages-femmes.

Des rappels de médailles d'argent, à : MM. Baratier, Jeugny, Aube ; Bardy, Belfort ; Bascou Bouisse, Aude ; Boquin, Autun ; Bouzol, Le Chexlard, Ardèche ; Boyt, Lamastre, Ardèche ; Breucq, Bayonne ; Chabaud, Nieigles, Ardèche ; Chalvet, Lavigerie, Alger ; Colin, Quimper ; Corson, Guingamp : Courteneuve, Saint-Claud, Charente ; Denizet, Château-Landon, Seine-et-Marne ; Doroin, Nantes ; Frémicourt Jaulgonne, Aisne ; Gaillardon, Aubeterre, Charente ; Gounand, Besançon ; Grias, Pont-Aven, Finistère ; Gustin, Noirmoutier ; Helley, Clichy ; Jenot, Dercy, Aisne ; Lacaze Montauban ; Lafite, Epinal ; Le Guével, Pont-Labbé, Finistère ; Marty, méd. aide-major, Djelfa, Alger ; Massina, Le Boulou, Pyr.-Orient. ; Mornan, Pleyben, Finistère ; Neis, Pont-Croix, Finistère ; Pethiot, Le Conquet, Finistère ; Pilet, méd.-major, Le Havre ; Piot, Aiguebelle, Savoie ; Plantard, Chantenay, Loire-Inf. ; Quéré, Callac, Côtes-du-Nord ; Reissier, Oued-Fodda, Alger ; Sahut, Gannat : Sanquer, Morlaix ; Vivier, Angoulême ; Pourquier, méd. vét., Montpellier, et à 21 sages-femmes dont Mme Hanicot, sage-femme en chef de la clinique Tarnier, à Paris ; Mme Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque, et à Mme Thierry, sage-femme en chef de la Maternité, à Rouen.

Médailles de bronze : MM. Alexandre, Arques, Pas-de-Calais ; Cumino, Saint-Jean-de-Luze ; Carrière, Saint-Ybars, Ariège ; Cassedevant, Saint-Jean-Pied-de-Port, Basses-Pyr. ; Chapoutot, Buxières-les-Mines, Allier ; Chevreuil, Sucé, Loire-Inf, ; Delaurier, Chevagnes, Allier ; Faur, Ercé, Ariège ; Favre, Annemasse, Haute-Savoie ; Fogest, Troyes ; Georgladès, Jaulgonne, Aisne ; Koziell, Oued-Marsa, Constantine : Malafosse, méd.-major, Decize, Nièvre ; Pellerin, Neuilly le-Réal, Allier ; Ligaud, La Chambre, Savoie ; Wrisez, Capendu, Aude, et à 9 sages-femmes.

Des rappels de médailles de bronze, à : MM. Bégusseau, Secondigny, Deux-Sèvres ; Daguet, Plumelec, Morbihan ; Dermigny, Saint-Simon, Aisne ; Fodéré, Saint-Jean-de-Maurienne, Savoie ; Geffroy, Carhaix, Finistère ; Luquet, Toulon-sur-Arroux, Saône-et-Loire ; Roudouly, Cassade, Tarn-et-Garonne ; Tisserand, Saint-Jean-de-Losne, Côte-d'Or, et à 4 sages-femmes.

Prix proposés par l'Académie de médecine pour les années 1900, 1901 et 1902.

Pour les prix proposés pour 1900 voir *Bulletin Médical* 1897, n° 101 : pour les prix proposés pour 1901 voir *Bulletin Médical* 1898, n° 100.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1902.

(Les concours seront clos fin février 1902).

Prix d l'Ac adémie : 1000 fr. — Question : Des toxines en pathologie.

Prix Alvarenga de Plaphy (Brésil) : 800 fr. — A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat : 1000 fr. (Triennal). — A l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger : 2000 fr. (Biennal). — A l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier : 2000 fr. — A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

(*A suivre*).

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris. Correspondant d c l'Institut.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris Membre de l'Académie de médecine Chirurgien de la Pitié.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	33 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les *deux Revues* réunies, un an, Paris, 45 francs. — Départements et Étranger, 50 francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Par le Dr G. Lyon,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection difficile à traiter et qui exige de longs et patients efforts avant d'être amliorée; on peut dire des malades qui en sont atteints ce que l'on a dit souvent des tuberculeux : qu'ils ne guérissent qu'à la condition de ne se croire jamais guéris. Néanmoins leur mal n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique, ainsi que le professent bon nombre de praticiens. Il est incontestable qu'il existe des cas rebelles à tout traitement mais dans la majorité des cas on obtient une amélioration notable.

A. — *Traitement chez l'adulte.*

4° Forme chronique. — Le traitement comporte une médication dirigée contre l'état local, c'est-à-dire contre la constipation et ses causes; contre l'irritation intestinale, le spasme, les douleurs qui résultent de cette constipation. Il comporte d'autre part une médication dirigée contre l'état général, c'est-à-dire contre l'état neurasthénique, la déchéance de l'organisme qui est la conséquence de l'atonie intestinale et contribue à l'entretenir, par une sorte de cercle vicieux.

Avant tout il importe de prescrire un régime alimentaire qui, tout en assurant la nutrition d'une façon suffisante, ne laisse pas de résidus solides irritants mécaniquement e n'introduise pas dans le tube digestif d'aliments fermentescibles.

Aucun régime exclusif ne convient en l'espèce : si les aliments azotés laissent peu de résidus, ils ont le défaut d'entretenir la constipation.

Le régime végétarien est irritant en raison des résidus abondants qu'il laisse : enfin le régime lacté est souvent mal supporté contrairement à ce qu'on pourrait supposer *à priori*. M. Glénard considère même l'intolérance absolue pour le lait comme un des caractères de l'entéroptose. Le lait sera seulement utilisé à doses modérées et associé à d'autres aliments, pour préparer les potages, les crèmes, accommoder les œufs, les purées. Le régime lacté exclusif n'est utile que lors des crises paroxystiques.

Les *aliments* à permettre sont les suivants :

Le lait, les potages au lait et aux pâtes; les bouillies à la farine lactée, à la farine d'orge ou d'avoine, etc.

Les œufs sous toutes les formes (œufs brouillés, œufs au lait, à la coque, sur le plat, etc.), sauf les œufs durs.

Les viandes grillées ou rôties de bœuf, d'agneau; les cervelles, le ris de veau; certaines volailles (poulet, pigeon). Toutes les viandes seront très divisées, coupées menu ou hachées.

Les poissons à chair tendre (merlan, sole, brochet, bar, mulet, perche, truite, etc.).

Les légumes secs (pois, lentilles, haricots, pommes de terre) passés au tamis; les pommes de terre cuites sous la cendre.

Les salades cuites et légumes verts (chicorée, laitue, pissenlits, épinards, choux fleurs, fonds d'artichauts, etc.), écrasés, hachés ou passés au tamis, accommodés au jus ou au lait,

Les fruits cuits (cerises, abricots, poires, etc.); les compotes de fruits peu sucrées, les pommes cuites au four; les pêches, le raisin, les figues crues.

Les fromages frais (fromages à la crème, Gervais); comme entremets les œufs à la neige, les crèmes renversées, les soufflés.

Le pain en petite quantité (100 à 200 grammes par jour), grillé ou rassis; le pain de seigle; les biscottes.

Comme boisson, le vin très largement coupé d'eau; la bière légère coupée d'eau d'Alet, de Contrexéville, d'Evian; l'eau de source, la meilleure des boissons pour cette catégorie de malades. Les infusions chaudes (camomille, tilleul, menthe, feuilles d'oranger) sont utiles à la fin des repas.

Enumérons maintenant les aliments à interdire :

Le bouillon, les potages gras.

Les ragoûts, les viandes avec des sauces épicées, certaines viandes à chair compacte et coriace, certaines volailles (oie, pintade), le gibier de poil, les poissons gras (anguille, saumon, maquereau), les crustacés et les coquillages, la charcuterie (sauf le maigre de jambon).

Les choux, l'oseille, les asperges, les tomates, les salades et autres crudités (cornichons, concombres, olives, radis, etc.).

Les graisses, les pommes sautées, etc.

Les pâtisseries, les sucreries.

Les vins mousseux ou acides, les liqueurs, le café.

Contre la constipation on a recours aux différents laxatifs et aux moyens physiques.

L'atonie intestinale doit être combattue sans relâche. L'usage habituel des laxatifs est une nécessité dont les malades ne peuvent s'affranchir; en en interrompant l'emploi, ils s'exposent à voir l'encombrement intestinal se reproduire et à perdre le bénéfice d'une amélioration péniblement acquise. Tous les laxatifs d'ailleurs ne peuvent être employés indistinctement; il en est dont l'emploi est contre-indiqué d'une façon formelle : ce sont en première ligne les purgatifs drastiques, même employés à faibles doses; ce sont aussi les purgatifs salins bien que Glénard en recommande l'usage quotidien à doses variant de 4 à 8 grammes; la proscription s'étend aux diverses eaux purgatives. L'effet prolongé des purgatifs salins se traduit en effet par une constipation plus opiniâtre que celle qu'ils avaient mission de combattre. On ne peut non plus recommander l'aloès, qui congestionne la muqueuse rectale et aggrave les hémorroïdes qui compliquent souvent la maladie.

Parmi les laxatifs que l'on peut employer quotidiennement, sans crainte de déterminer d'irritation de l'intestin, nous citerons d'abord les *graines de lin* et les *graines de psyllium*,

qui agissent par l'intermédiaire de leurs huiles essentielles. G. Sée prescrivait avant chaque repas une grande cuillerée de graines de lin épurées et trempées pendant trois à quatre minutes dans un quart de verre d'eau froide. Nous donnons la préférence aux graines de psyllium, que les malades semblent avaler plus facilement.

On a craint que ces graines ne s'accumulent dans l'intestin et ne donnent lieu à des phénomènes d'obstruction; la pratique journalière montre que cette crainte est chimérique.

Lorsque les graines ne suffisent pas à provoquer une garde-robe quotidienne, le meilleur remède à employer est l'*huile de ricin* qui, administrée à petites doses, c'est-à-dire d'une à deux cuillerées à café au plus, le matin au réveil, donne d'excellents résultats. On la fait prendre mélangée à du jus d'orange, à du café noir, à du cassis (Mathieu), à du sirop de menthe; on peut encore la prescrire en capsules. On peut combiner l'emploi des graines et de l'huile, n'administrer par exemple celle-ci que tous les trois ou quatre jours et prescrire les graines dans l'intervalle. Aux doses indiquées, l'huile de ricin ne donne pas de coliques; c'est réellement un excellent moyen qu'on ne saurait trop recommander; c'est d'ailleurs à l'huile de ricin qu'il faut avoir recours quand on voit pour la première fois un malade atteint de constipation opiniâtre depuis plusieurs jours; dans ce cas, plutôt que de prescrire une forte dose d'emblée, on fait prendre le médicament par cuillerées à café jusqu'à la production de l'effet.

L'huile de ricin étant, de l'aveu unanime, le meilleur laxatif, nous pourrions à la rigueur nous dispenser d'énumérer d'autres moyens; mais il faut tenir compte des susceptibilités individuelles et aussi de ce fait qu'à la longue le remède le plus actif peut perdre de son action; c'est pourquoi il est bon de savoir par quels autres laxatifs on peut remplacer l'huile de ricin.

La *magnésie*, le *soufre*, la *crème de tartre*, constituent, après l'huile de ricin, les laxatifs que nous employons le plus volontiers. G. Sée prescrivait avant chaque repas une cuillerée à café du mélange suivant :

Magnésie calcinée.....	ãã 20 grammes
Soufre lavé.....	
Crème de tartre.....	

La *poudre de réglisse composée* est souvent prescrite; il en existe plusieurs formules, en voici une entre autres :

Réglisse en poudre.....	ãã 12 grammes
Follicules de séné pulvérisés et épurés par l'alcool..	
Soufre lavé.....	ãã 6 —
Poudre de fenouil.....	
Sucre en poudre.....	36 —

La poudre de réglisse composée donne habituellement de bons résultats, mais le séné qui entre dans sa composition donne parfois des coliques assez vives, bien qu'on ait la précaution de le traiter par l'alcool qui le débarrasse de sa résine. G. Sée associait au séné l'hydrastis canadensis auquel il attribuait la propriété de décongestionner l'intestin :

Extrait hydroalcoolique d'hydrastis canadensis.....	1 gramme
Follicules de séné pulvérisés.....	4 —

pour 20 pilules. Une à chaque repas.

La *podophylle*, le *cascara sagrada*, l'*evonymine*, plus encore que le séné, sont susceptibles de déterminer des douleurs; cependant on les emploie parfois avec avantage. Il est bon de les associer à la belladone ou à la jusquiame :

Podophyllin	0 gr. 02
Cascara	0 gr. 10
Extrait de belladone	0 gr. 01

pour une pilule à prendre le soir.

Podophyllin }	àà 0 gr. 40
Evonymine }	
Extrait de belladone	0 gr. 20
Extrait d'hydrastis canadensis	1 gramme
Savon médicinal	2 —

Divisez en 20 pilules. Une à deux au dîner.

Les *lavements :* lavements simples, lavements additionnés de glycérine (une à deux cuillerées), d'huile d'olives émulsionnée (3 à 4 cuillerées), sont très employés par les malades, mais ils ont l'inconvénient de n'agir que sur une partie de l'intestin et d'émousser à la longue la sensibilité de la muqueuse rectale, d'où la perte du besoin de la défécation. Les grands lavages de l'intestin échappent au reproche de n'agir que sur le rectum et l'S iliaque, nous y reviendrons plus loin.

Les *suppositoires glycérinés* (à la glycérine solidifiée ou suppositoires creux à la glycérine) encourent le même reproche que les lavements; de plus ils sont parfois expulsés avant d'avoir pu produire leur effet.

Le *massage* constitue un excellent moyen de rendre à l'intestin sa tonicité; il est bien supporté dans les périodes de calme, en l'absence de spasme, mais il faut se garder d'y avoir recours lors des crises paroxystiques ou quand il existe des signes d'entérite secondaire ou de péritonite subaiguë. La *gymnastique suédoise* agit dans le même sens que le massage.

L'exercice modéré de la *bicyclette* contribue à faire contracter les muscles abdominaux et à faire souvent disparaître une constipation rebelle à d'autres moyens.

Dans le cas d'obstruction intestinale il faut avoir recours au *lavement électrique.*

Nous avons dit qu'il ne suffisait pas de combattre la constipation, mais encore s'adresser aux causes qui la provoquent ou l'entretiennent.

Quand il y a entéroptose, il faut ordonner le *repos au lit* pendant quelque temps pour faire cesser les tiraillements des plexus nerveux abdominaux qui sont la cause des douleurs vives éprouvées par les malades; il faut de plus, exercer une *compression sur l'abdomen* à l'aide d'une forte couche d'ouate et d'un bandage de corps. Plus tard, lorsque le malade se lève, on lui fait porter une ceinture ou mieux la *sangle abdominale de Glénard.*

Si la néphroptose existe simultanément, on y remédie, suivant les cas, soit par la *fixation du rein*, soit simplement par une *ceinture.* M. Weber a cité l'observation d'une dame qui était atteinte d'un rein flottant et d'une entéro-colite muco-membraneuse, rebelle à tout traitement; la fixation du rein fut faite et dix jours après l'entéro-colite disparaissait spontanément.

Il peut être indiqué enfin de *reconstituer chirurgicalement la paroi abdominale* affaiblie.

Dans le cas d'hémorroïdes entraînant le spasme de l'intestin et la constipation, il peut devenir nécessaire de *dilater l'anus.*

Enfin les affections utérines nécessitent un traitement approprié; on *traite la métrite*, on *corrige les déviations*, on redresse l'*utérus prolabé*; s'il existe des adhérences, on pratique le *massage utérin*.

Certains médecins, à l'époque où les médicaments antiseptiques étaient très en faveur, s'inspirant de cette opinion, du reste erronée, que l'antisepsie de l'intestin aurait pour résultat de faire cesser la formation des muco-membranes, ont employé les divers antiseptiques intestinaux : naphtol, benzo-naphtol, bétol, salol, salicylate de bismuth, etc.

D'autres ont cherché à décongestionner la muqueuse intestinale au moyen de l'*ichtyol* qui, sur les autres muqueuses : bronchique, uréthrale, a une action décongestive incontestable ; M. Bourget (de Lausanne) aurait obtenu d'excellents effets de ce médicament employé en lavages à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe pour un litre d'eau. Revilliod a préconisé les lavements au bismuth :

Mucilage de pépins de coing		500 grammes
Sous-nitrate de bismuth	ãã	10 grammes
Salicylate de bismuth		

Conserver ce lavement vingt-quatre heures, si cela est possible.

Récemment M. Chéron a vanté l'*acide picrique*, comme étant capable de combattre directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés. Il fait prendre au malade, lorsque celui-ci a eu une garde-robe, un lavement destiné à être gardé et composé d'un demi-litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique	1 gramme
Eau distillée	120 grammes

On a encore préconisé les lavements de *nitrate d'argent* en solutions très étendues, 0 gr. 20 pour un litre (Charrin), mais c'est là un moyen qu'il faut réserver pour les cas de poussées aiguës de colite. G. Sée cherchait à lutter contre l'élément congestif à l'aide de l'hydrastis canadensis ; l'hamamelis virginica pourrait être utilisée de la même façon (Mathieu).

En réalité un seul moyen permet de modifier l'inflammation superficielle de la muqueuse, causée par la coprostase, c'est le *lavage de l'intestin* dont les effets sont d'ailleurs multiples : il entraîne les matières fécales durcies ainsi que les muco-membranes, fait disparaître les phénomènes douloureux dus à la fois à l'inflammation de l'intestin, au spasme et à la rétention des muco-membranes, restitue à la muqueuse ses fonctions d'absorption et réveille, en vertu de la température de l'eau, la contractilité des tuniques de l'intestin ; il a l'avantage de porter son action sur la totalité de l'intestin (Lesage, Dauriac, de Genersich). Les douches ascendantes que l'on utilise dans certaines stations thermales agissent de la même façon, mais avec plus de brutalité.

On voit que ce rapide aperçu des effets de l'entéroclyse que ce moyen de traitement constitue la médication la mieux appropriée aux indications pathogénétiques. Les malades qui ont recours pour la première fois au lavage de l'intestin ressentent un soulagement immédiat et se déclarent enchantés de ce bain interne ; ils ont malheureusement tendance à en abuser, à renouveler le lavage presque tous les jours, de sorte que l'action de celui-ci finit par s'émousser à la longue.

Pour faire le lavage on se sert d'un « bock » à injections dont le tuyau se termine par une sonde œsophagienne ou mieux par une canule à entéroclyse en caoutchouc

rouge. Le bock ne doit pas être élevé au delà de 40 à 50 centim. au-dessus du plan du lit, car il importe que la pression soit modérée. Le malade doit être couché ; c'est à cette condition seulement que le liquide peut pénétrer profondément dans l'intestin, mais il n'est pas nécessaire, pour que cette pénétration ait lieu, que la pression soit élevée. Von Genersich, Lesage, et Dauriac ont démontré que les pressions faibles favorisent au contraire la pénétration du liquide, dans le décubitus dorsal. L'emploi de fortes pressions provoquerait d'ailleurs des crises douloureuses. Il est nécessaire que la hanche gauche soit un peu plus élevée que la hanche droite.

Comme liquide à injecter beaucoup de médecins se servent uniquement d'eau bouillie ou d'eau légèrement mucilagineuse, comme la décoction de racine de guimauve, car ils estiment, avec raison suivant nous, que les effets de l'entéroclyse sont exclusivement mécaniques ; néanmoins, et surtout quand il y a des signes non douteux d'érosions intestinales, quand les matières sont striées de sang, il peut être utile d'additionner l'eau du lavage de substances antiseptiques, mais nullement irritantes ; on peut par exemple additionner chaque litre d'eau d'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude.....	2 grammes
Salicylate de soude.....	1 gramme

Ou de 4 à 5 grammes de chlorate de soude. Nothnagel emploie encore le chlorure de sodium (5 p. 1000) ; par contre, il est contre-indiqué d'employer des solutions boriquées ou naphtolées, qui sont irritantes.

Au début on ne doit employer qu'un litre de liquide pour chaque lavage ; plus tard on peut élever la quantité d'eau à un litre et demi et même à 3 litres. Le malade rend immédiatement une partie du liquide ; puis on lui fait conserver pendant quelques minutes un demi-litre à un litre, en le priant de se coucher sur le côté droit, ce qui facilite le passage de l'eau dans le colon transverse.

La température à donner au liquide n'est pas indifférente ; lorsqu'il existe de vives douleurs, un état spasmodique manifeste de l'intestin, la température de 40° ne doit pas être dépassée ; mais quand c'est l'atonie qui domine, il est préférable de porter l'eau à 45 ou même 48° ; à ces températures elle réveille plus aisément la contractilité intestinale.

Dès le premier lavage, nous l'avons dit, le soulagement commence à se produire alors même que l'intestin ne s'exonère pas d'emblée de son contenu et les malades en réclament la continuation. Au bout de quelques lavages survient habituellement une débâcle entraînant scybales et muco-membranes, et les malades continuent à expulser des scybales aux lavages suivants ; dans les cas récents, les selles redeviennent moulées au bout de quelques jours. On prescrit un lavage quotidien pendant six à huit jours, puis on recommande de les espacer tous les deux jours d'abord ; tous les trois ou quatre jours ensuite. Mais on ne devra jamais cesser complètement d'en faire usage ; une fois par semaine, au moins, un lavage sera pratiqué.

(*A suivre*).

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 21 février 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. Klein adresse une note intitulée : *Contribution à l'étude du Pyramidon.*

Il rappelle qu'au mois de novembre dernier il a fourni à la Société de thérapeutique une observation relative à une femme chez laquelle des doses infiniment faibles d'antipyrine provoquaient une éruption unilatérale extrêmement tenace puisque la peau présentait des tuméfactions dures pendant plusieurs semaines.

Cette malade étant migraineuse et éprouvant un réel soulagement par l'antipyrine, il était regrettable que les effets éruptifs rendissent impossible l'usage de l'analgésique ; c'est pourquoi il a eu l'idée d'essayer le pyramidon, médicament dérivé de l'antipyrine par remplacement de un H par une molécule diamidée et méthylée. Dujardin-Beaumetz et Bardet ont jadis montré que les composés aromatiques méthylés sont toujours doués d'une action analgésiante énergique, il était à supposer que le nouveau corps serait plus actif que l'antipyrine elle-même ; c'est ce qu'a démontré un travail de Filehne, qui a indiqué comme dose active de ce produit 0 gr. 30 environ,

Le pyramidon devait donc fournir une action analgésique appréciable à faible dose, et être peut-être mieux supporté par la malade. Administré à celle-ci à la dose de 0 gr, 60, cette dose agit très efficacement sur le phénomène migraineux, mais, ce qui est le point important, et une heure ou deux après l'ingestion du produit, il se manifesta une légère éruption, mais très légère et limitée à la face et au cou. Cette éruption dura seulement vingt-quatre heures et après deux ou trois jours la peau ne présentait plus trace de papules. Il y a là un fait intéressant, car une dose de quelques centigrammes d'antipyrine provoque infailliblement chez la malade une éruption très étendue et tenace. Si on avait employé, comme l'auteur le fit ensuite, une dose de 20 à 30 centigrammes seulement, l'éruption aurait manqué.

Cette observation démontre que chez des sujets prédisposés, le pyramidon, qui agit efficacement contre la douleur à des doses très minimes, pourrait être avantageusement substitué à l'antipyrine.

L'auteur a également essayé ce médicament comme antithermique, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 chez des fébriciiants et a constaté qu'il amenait un abaissement de 1 et 1/2 à 2 degrés en deux heures, avec des sueurs abondantes, abaissement qui dure deux ou quatre heures. Cet effet peut facilement être répété deux ou trois fois par jour, vu que l'action générale est pour ainsi dire nulle, ce qui différencie notablement le pyramidon de l'antipyrine. L'auteur compte revenir sur ce sujet après une étude plus approfondie de la question.

M. Pierre Vigier donne lecture d'une note concernant la *levure de bière*. Les zymases obtenues jusqu'ici sont inactives au point de vue de la fermentation, quel que soit le procédé employé pour les obtenir; or, M. Bolognesi leur a trouvé une activité thérapeutique. L'extrait alcoolique lui-même, qui ne contient pas de zymases, aurait une action de ce genre. Il faudrait donc admettre que la levure de bière contient une substance autre que le ferment, un alcaloïde par exemple, auquel on doit attribuer cette action, et rechercher ce produit en laissant les zymases de côté. Or, personne jusqu'ici n'a révélé ou même soupçonné l'existence de ce produit: malgré de nombreuses et laborieuses recherches faites sur la levure de bière, les auteurs sont muets sur ce point.

Au sujet de la proposition de M. Adrian, consistant à additionner d'éther, la levure fraiche pour la conserver, M. Vigier se demande si, à chaque fois qu'on débouchera le flacon, il ne faudra pas rajouter de l'éther?

Il n'est enfin pas admissible que la levure introduite dans le tube digestif puisse agir par ses zymases, qui dans l'organisme seraient parvenues à traverser leur enveloppe cellulaire: elles y sont trop bien emprisonnées.

M. Huchard propose qu'à chaque séance, la Société consacre quelques instants au *traitement des maladies régnantes*. En ce moment la grippe joue un rôle important et elle présente plusieurs formes atténuées qui toutes s'accompagnent d'une asthénie marquée: en outre on observe fréquemment des infections secondaires, la grippe en effet, augmente la virulence des germes pathogènes que recèle l'organisme. La cavité buccale contient par exemple à l'état normal des pneumocoques inoffensifs, qui, sous l'influence de la grippe, deviennent virulents et provoquent des pneumonies qu'on a tort d'appeler *grippales*, ce sont des *pneumococcies vraies chez des grippés*. M. Huchard insiste donc à nouveau sur un conseil déjà donné il y a 8 ans par lui, c'est l'attention toute spéciale qu'il faut accorder aux soins de la bouche au cours d'une épidémie, et cela à titre prophylactique. On prescrira donc des lavages nombreux et des attouchements du pharynx avec des solutions de sublimé.

Deux maladies, la grippe et la fièvre typhoïde, s'accompagnent d'une hypotension considérable. Elles se caractérisent par un pouls *instable*, c'est à dire que le moindre mouvement fait passer le pouls de 80 à 120 par exemple. Cette constatation représente une indication capitale pour la thérapeutique; il faut donner du sulfate de quinine aux grippés, même s'ils n'ont pas de fièvre, même dans les formes atténuées (1 gramme à 1 gr. 50 par jour). Ce médicament agit parce qu'il est vaso-constricteur, anti-fluxionnaire et élève la tension artérielle. On ajoutera de l'ergot de seigle s'il y a lieu.

M. de Fleury a eu l'occasion de suivre plusieurs cas de grippe débutant par une période d'hypertension et d'excitation générale: les malades ressentent alors dans les premiers jours un appétit intense. Si l'on administre dans ces cas des médicaments augmentant l'hypertension, on va à l'encontre du but cherché: l'antipyrine, le bromure de potassium seront beaucoup plus indiqués.

M. Mathieu présente une note intitulée: *A propos de la récente communication de M. de Fleury sur le traitement de l'épilepsie.*

La récente communication de M. Maurice de Fleury sur le traitement diététique de l'épilepsie et la discussion qui l'a suivie ont rémis en mémoire à l'auteur un fait qui l'a beaucoup frappé lorsqu'il l'a observé. Il peut dire qu'il a été pour lui un trait de lumière. Il s'agit d'une femme atteinte d'hémichorée avec hémiathétose post-apoplectique qui présentait, de temps en temps, dès crises d'épilepsie Jacksonniene. Tous ces accidents furent à peu près supprimés par l'emploi du régime lacté et de petites doses répétées de scammonée.

L'auteur demande la permission de faire servir l'exposé sommaire de ce cas curieux de quelques réflexions sur l'importance pathogénique et clinique de l'intoxication d'origine alimentaire ou d'origine intestinale ; les deux expressions peuvent être considérées comme à peu près synonymes :

La nommée M. P. âgée de 50 ans, était en juin 1895 à l'hôpital Tenon. Elle avait été atteinte deux ans auparavant d'un ictus apoplectique à la suite duquel elle avait présenté une hémiplégie droite avec aphasie. Deux ou trois mois après son entrée, elle eut une attaque ayant duré 8 jours et ayant nécessité l'emploi de la camisole de force. Qu'à été exactement cette crise ? Y a-t-il eu de l'agitation délirante ou simplement un état de crise épileptiforme ? Il est impossible de le savoir exactement. Les crises avec perte de connaissance se sont renouvelées de temps en temps depuis cette époque.

Au mois de juin, au moment où on examine la malade, on constate un certain degré de raideur des membres du côté droit, sans paralysie. La sensibilité est conservée, il semble même y avoir un léger degré d'hypéresthésie. Il y a un peu de contracture dans le domaine du facial inférieur du côté droit sans participation du facial supérieur.

On observe en permanence des mouvements athétosiques dans la main droite et des mouvements choréiformes accentués au membre supérieur. Au moment de l'examen, on assiste à une petite crise d'épilepsie Jacksonnienne. Les secousses, après avoir débuté par le membre supérieur droit, se sont étendues au membre inférieur ; la face n'y a pas participé. Il n'y a pas eu de perte de connaissance.

Le réflexe rotulien du côté droit est nettement exagéré ; on ne constate pas l'exagération du réflexe olécranien du même côté ; il n'y a pas de trépidation épileptoïde du pied.

Il n'y a pas à proprement parler d'aphasie, mais la prononciation présente encore un trouble appréciable.

D'après le récit fait par la surveillante il semble bien que les crises présentées par la malade, sont des crises d'épilepsie Jacksonnienne. Les plus intenses s'accompagnent de perte de connaissance et quelquefois, il existe un véritable état de mal épileptique qui peut durer pendant plusieurs jours,

Le 14 septembre, les mouvements athétosiques paraissent moins marqués depuis quelques jours ; mais ce jour-là, la malade a eu, dans l'après-midi, une violente attaque convulsive avec perte de connaissance prolongée.

Le 15, la malade a recouvré sa connaissance, mais elle reste hébétée, ne parlant pas. On la soumet au régime lacté absolu et on lui fait prendre 0 gr.60 de scammonée.

Le 16, il y a eu des selles abondantes sous l'influence de la scammonée, Amélioration marquée,

Le 21 octobre, on note : La malade présente ce matin des mouvements athétosiques et choréiformes très marqués, beaucoup plus notables que d'habitude. Elle s'en plaint ainsi que de malaise général, de mal de tête ; elle parle plus difficilement. C'est ainsi que s'annoncent des grandes attaques convulsives. Pas d'albumine.

On rétablit le régime lacté et on donne de la scammonée.

Le 23 octobre, l'amélioration a été immédiate ; les mouvements athétosiques qui étaient continuels les jours précédents ne sont plus qu'intermittents et d'ailleurs très espacés et diminués d'amplitude. Ceci est de toute évidence. La malade se trouve elle-même beaucoup mieux.

Le 16 novembre, le régime lacté a été maintenu depuis le 21 octobre, de temps en temps on donne de petites doses de scammonée. La malade va très bien, à peine a-t-elle un léger mouvement athétosique quand on lui fait faire des mouvements. Avant l'institution du régime lacté en semblable condition les mouvements choréiformes eussent été très accentués.

On fait reprendre l'alimentation ordinaire. Le 10 décembre, la malade est reprise d'accidents identiques à ceux qui ont été notés le 21 octobre.

Régime lacté, scammonée.

Le 12 décembre, disparition complète des accidents signalés le 10 décembre.

Depuis que la malade a été soumise au régime lacté et aux petites purgations répétées par la scammonée il n'y a pas eu de crise d'épilepsie Jacksonnienne. Il paraît certain que sans ce traitement elles se seraient reproduites de nouvean car les crises convulsives, étaient auparavant presque toujours précédées par une recrudescence des mouvements de chorée et d'athétose et par de la céphalée, du malaise général. Or, le traitement fait disparaître rapidement ces accidents prémonitoires de la crise épileptique et cette crise elle-même a fait défaut.

Ainsi donc une malade était atteinte d'hémiathétose post-hémiplégique due sans doute à une lésion corticale du cerveau gauche, portant sur les circonvolutions frontales ascendantes au niveau des centres moteurs des membres; elle présentait de temps en temps des crises d'épilepsie jacksonnienne avec ou sans perte de connaissance. Elle n'avait pas d'albuminurie. Sous l'influence du régime lacté et des petites purgations par la scammonée, l'hémichorée et l'hémiathétose deviennent presque inappréciables : les crises jacksonniennes ne se reproduisent plus. Au contraire après la reprise du régime ordinaire l'athétose réapparaît avec les phénomènes prémonitoires de la crise convulsive.

Il semble donc que la lésion corticale des centres moteurs n'aurait pas produit d'accidents convulsifs s'il n'était pas venu se surajouter une autointoxication d'origine gastro-intestinale.

L'auteur a observé à plusieurs reprises chez des personnes avec des crises convulsives absolument comitiales d'aspect, que le régime lacté et les petites purgations répétées semblaient éloigner. Dans un cas semblable il y avait dans l'urine de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 d'albumine; mais cela ne paraît avoir aucune importance ; les mêmes accidents d'auto-intoxication pouvant se produire avec ou sans petite albuminurie. Il est convaincu que l'épilepsie des vieillards est le plus souvent une épilepsie d'origine auto-toxique que la constipation contribue beaucoup à entretenir.

On a dit que l'hystérie était la grande simulatrice ; qu'elle pouvait simuler un grand nombre d'affections différentes. A un moindre degré on pourrait le dire aussi de la *bromotoxie* comme on pourrait d'une façon générale désigner les accidents dus aux intoxications d'origine alimentaire ou d'origine gastro-intestinale.

M. Huchard a montré que la bromotoxie peut simuler l'asthme ; elle peut prendre aussi l'aspect épileptiforme ou apoplectiforme. Dans une communication précédente l'auteur a cité des cas dans l'ensemble clinique qui faisait penser au cancer de l'estomac. On a signalé encore des cas de neurasthénie, de mélancolie. Quant à l'auteur il croit avoir guéri quatre ou cinq cas de fausse angine de poitrine dues à l'autointoxication.

Certaines maladies antérieures se trouvent aggravées par la survenue de l'autointoxication. L'auteur a déjà eu l'occasion de signaler ici ce fait que chez certaines personnes la migraine au lieu de disparaître vers la quarantaine, tend au contraire à devenir plus grave. Les accès sont beaucoup plus pénibles : ils durent pendant plusieurs jours, s'accompagnent de vomissements persistants, véritablement incoercibles. Et bien, dans trois cas semblables, un régime sévère et des purgations répétées ont produit une amélioration considérable : il semble donc qu'ici encore l'autointoxication avait joué un rôle important.

Les initiateurs de ces idées nouvelles sont Bouchard, Dieulafoy et Huchard.

Bouchard a certainement attribué une importance exagérée à la dilatation de l'estomac et à l'intoxication d'origine gastrique; mais il a le premier scientifiquement établi l'existence des toxines dans l'intestin et leur rôle en pathogénie.

Dieulafoy dans ses études sur les petits signes du brightisme a eu le mérite d'étendre beaucoup le champ de l'urémie et de montrer que l'albuminurie n'est pas la condition *sine qua non* de l'intoxication urémique qu'il est impossible de séparer des autointoxications d'origine alimentaire.

Huchard a dégagé un type chimique : la dyspnée toxi-alimentaire dans laquelle il a démontré l'influence des toxines d'origine intestinale.

Ainsi se trouve ouvert un large champ d'études. Des types cliniques se dégageront certainement à côté de la dyspnée toxi-alimentaire. Il semble à l'auteur que la forme épileptique et la forme angoreuse se dessinent déjà nettement. On démontrera que les intoxications d'origine alimentaire aggravent une série d'accidents névropathiques comme l'épilepsie, la migraine ou des maladies à lésions du système nerveux ; l'auteur en a rapporté plus haut un exemple. Régis, de Bordeaux a déjà fait une importante étude d'ensemble sur l'aggravation que les autointoxications apportent à l'aliénation mentale.

Le traitement mentionné dans l'observation rapporté plus haut est le traitement par excellence de ces accidents : régime lacté et purgations répétées. Il faut insister sur le second élément car l'intestin, surtout le gros intestin, est le foyer principal d'origine des toxines alimentaires et d'autre part, la purgation répétée représente le meilleur moyen de pratiquer l'antisepsie intestinale.

M. de Fleury a observé autrefois un malade présentant des accidents de petit brigthisme qui cédèrent au régime lacté: c'était un artério-scléreux non-albuminurique. 3 mois plus tard les urines contenaient de l'albumine; depuis ce moment, elles en ont toujours présenté.

M. Dignat observe une malade avec M. le professeur Raymond : il s'agit d'une hémiplégique avec contracture secondaire permanente que l'on parvient à faire disparaître de temps en temps par un traitement spécial. Or, cette contracture augmente de temps en temps, lorsque la malade fait des écarts de régime et est atteinte de constipation. Il suffit alors de l'administration d'un purgatif pour tout faire rentrer dans l'ordre.

M. Cautru a observé deux cas de chorée chez des petites filles atteintes d'entérite pseudo-membraneuse. Le régime alimentaire et une saison à Châtel-Guyon firent disparaître les accidents choréiques. L'orateur possède, en outre, 43 observations de migraineux avec hypertension artérielle qu'il a traités par le massage profond de l'abdomen : cette pratique fait baisser la pression artérielle. Mêmes résultats dans l'hypertension artérielle avec accidents d'angine de poitrine.

M. Blondel rappelle qu'une affection analogue, l'éclampsie des femmes enceintes, paraît être une intoxication alimentaire, comme le prouve l'efficacité du régime lacté. On observe souvent dans les services d'accouchements des femmes présentant des phénomènes nerveux qui font pressentir l'éclampsie : le régime lacté est, dans ces cas, tout indiqué. L'orateur cite à ce sujet une femme enceinte, offrant 15 jours avant l'accouchement, une céphalée persistante sans albumine dans les urines, sans hyperthermie, avec un teint blafard : l'ensemble de ces symptômes, fit craindre l'eclampsie à bref délai. Le régime lacté fit rapidement disparaître la céphalée et l'accouchement se passa sans accident. Le régime lacté représente donc un traitement préventif de l'éclampsie.

M. Huchard rappelle que les toxines alimentaires sont *vaso-constrictives* : on s'explique donc facilement que le régime lacté qui supprime ces toxines, agisse sur migraine angio-tonique et sur l'angine de poitrine.

M. Mathieu a remarqué que M. de Fleury semblait avoir été frappé de l'absence de l'albuminurie chez son malade. Autrefois, la recherche de l'albumine, capitale pour la confirmation du diagnostic d'urémie, rendait difficile la compréhension des cas où l'albumine n'existait pas : on ne connaissait pas alors l'intoxication alimentaire pour le diagnostic de laquelle la présence ou l'absence d'albumine est fort peu importante.

M. Cautru a parlé de réflexes : cette expression ne doit, sans doute, pas être maintenue, car aujourd'hui on attribue aux toxines les phénomènes envisagés jadis comme d'ordre réflexe. Cette interprétation nouvelle est fort importante, car elle domine le traitement.

M. Cautru répond qu'il s'est servi du terme de « réflexes » parce que, dans les deux cas cités par lui, il s'agissait de petites nerveuses à excitabilité très exagérée, et que sur ce terrain, les toxines alimentaires ont forcément produit des accidents nerveux très accusés.

M. de Fleury croit que les réflexes jouent un rôle dans tous les phénomènes toxi-alimentaires. La dyspnée *post prandum* apparaît, en effet, très rapidement après le repas, avant que des toxines aient pu être introduites dans le torrent circulatoire.

M. Mathieu accorde que ces troubles ne peuvent se développer que chez des prédisposés : les névropathes présentent une sensibilité extrême aux auto-intoxications. Mais on aurait tort de bâtir sur cette donnée un système thérapeutique : les nervins ne donneraient aucun résultat favorable dans les cas de ce genre.

M. Blondel donne lecture d'une note concernant l'*emploi de l'orthoforme dans les gerçures du sein*. Au début des essais faits dans le service d'accouchements de la Charité, en collaboration avec le Dr Maygrier, on se servait de poudre d'orthoforme : les résultats étaient inégaux : certaines malades étaient soulagées, d'autres pas. Les gerçures du sein rappellent, au point de vue de la douleur qu'elles provoquent, les fissures à l'anus, des gerçures très peu volumineuses peuvent donner lieu à des douleurs extrêmement vives; il faut donc arriver à atteindre avec le topique les recoins les plus cachés. Cette nécessité fit adopter à l'orateur, au lieu du topique en poudre, une solution alcoolique d'orthoforme (15 à 20 0/0). Deux gouttes suffisent pour obtenir un effet analgésique qui dure deux heures environ. A la Charité, on procède de la façon suivante : Après la tétée, on lave

le sein à l'eau boriquée, on le sèche, puis on applique la solution orthoformée dont on laisse évaporer l'alcool. Deux heures plus tard, quand le nourrisson doit à nouveau prendre le sein, on lave derechef à l'eau boriquée pour enlever l'orthoforme et éviter toute intoxication. Cette méthode n'a donné en tout cas que 2 ou 3 insuccès au point de vue de l'analgésie à obtenir. En revanche, on n'observa pas un seul cas d'intoxication : les auteurs qui disent avoir constaté des diarrhées chez les nourrissons à la suite de l'emploi de l'orthoforme oublient que les troubles gastro-intestinaux infantiles reconnaissent les causes les plus diverses : il faut se garder du *post hoc, ergo propter hoc.*

Les accidents imputables à l'orthoforme sont possibles, mais ils tiennent au mode d'emploi. Le produit est toxique s'il est introduit dans le tissu cellulaire : on ne doit jamais l'employer *dissous*, incorporé à une pommade, etc. L'alcool, dans la formule de l'orateur, n'est qu'un simple véhicule, son procédé constitue un pansement sec déguisé.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Alimentation dans la fièvre typhoïde, par VAQUEZ (*Presse médicale*, n° 12, p. 73, 1900). — Depuis 1857, à la suite d'une discussion à la Société médicale des Hôpitaux, les typhiques sont alimentés d'une façon plus substantielle, grâce à l'emploi du régime lacté. Cependant il semble que l'on peut, sans danger, les alimenter davantage et d'une façon différente.

Vaquez pense que, malgré les apparences, l'inanition prend une part encore trop grande à la symptomatologie de la fièvre typhoïde. Chez les fébricitants les pertes en albuminoïdes sont très importantes et l'alimentation lactée, réduite à la quantité habituellement employée, devient tout à fait insuffisante; d'ailleurs, l'assimilation du lait pendant la fièvre est diminuée dans de notables proportions. Aussi les typhiques maigrissent-ils d'une façon notable, alors qu'ils ont reçu journellement une ration de deux litres de lait.

On observe souvent chez les typhiques quelques-uns des symptômes que les anciens mettaient, avec juste raison, sur le compte de l'inanition plutôt que sur celui de la fièvre typhoïde le délire, les congestions passives du poumon, la petitesse et la fréquence du pouls, la sécheresse persistante de la langue, la tendance aux escarres et aux troubles trophiques, etc... Ces accidents font défaut chez les typhiques alimentés.

L'alimentation substantielle au cours de l'état fébrile n'est pas capable d'augmenter la fièvre pourvu que cette alimentation soit progressive et régulière. L'augmentation de l'alimentation, surtout les substances albuminoïdes ne rend pas plus fréquent le danger des hémorragies, des perforations intestinales ou des complications péritonéales. On peut voir la perforation survenir en dépit des règles observées de la plus extrême prudence. D'ailleurs le régime lacté n'est pas celui qui met le plus à l'abri d'une pareille complication. Le résidu de la digestion du lait constitue les fibres les plus considérables, et l'on sait, au début de la éonvalescence, lorsque la constipation fait place à la diarrhée, quelle énorme quantité de matières rendent les typhiques encore soumis à l'alimentation lactée.

Enfin, en ce qui concerne les rechutes, celles-ci peuvent également survenir, alors que les règles de la plus extrême prudence ont été suivies.

Voici quel est le régime prescrit par Vaquez chez un certain nombre de typhiques.

Le lait était prescrit par tasses de deux en deux heures, mais les prises de huit heures, de midi et de six heures étaient remplacées par des repas diversement composés. Le matin on donnait une grande tasse de thé ou de café au lait, ou bien une assiette de soupe à la farine (racahout, par exemple).

A midi : potage au lait avec un jaune d'œuf et une demi cuillerée à café de somatose, ou un verre à Bordeaux de gelée de viande ou bien de jus de viande frais. A six heures, autre repas composé de façon à peu près identique ou dans lequel le potage au lait était remplacé par un bouillon avec jaune d'œuf. Dans la nuit on faisait prendre une demi ou une cuillerée à café de somatose avec le lait.

Ainsi donc, pendant la période fébrile, on ajoutait au lait une alimentation plus substantielle composée au total de trois jaunes d'œuf. de une à deux cuillerées à café de somatose, de deux verres à Bordeaux de gelée ou de jus de viande et d'une assiette de soupe farineuse. Cette alimentaton augmentait d'une façon très notable la quantité de substances albuminoïdes sans modifier sensiblement le total des graisses

ingérées. Lorsque la température commençait à décroître, on remplaçait la gelée de viande par de la viande crue râpée.

Cette alimentation était continuée jusqu'à la défervescence, et, deux ou trois jours après l'apyrexie complète, on donnait quelques crèmes très légères, les soupes plus variées avec semoules de froment ou décoction de farine de cacao, et un peu de pommes de terre au lait ou du riz au lait soigneusement passé et en petite quantité. A partir de ce moment, vers le septième ou huitième jour de la convalescence, on recommençait à alimenter progressivement avec des œufs à la coque peu cuits, des biscuits, de la compote de fruits passée.

Aucune complication n'a été relevée ni dans l'évolution générale de la maladie ni dans les symptômes locaux. La période fébrile n'a jamais été hyperpyrétique et la convalescence a été remarquablement courte. Les symptômes observés du côté de l'appareil gastro-intestinal ont toujours été très satisfaisants ; la langue redevenait humide, la diarrhée a toujours été très modérée.

G. Lyon.

Deuxième rapport de la commission de la malaria (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er février 1900), — Le Pr Koch rend compte du séjour à Batavia de la Commission allemande qu'il a dirigée (21 septembre-12 décembre 1899).

La malaria a notablement diminué dans cette ville, et Koch attribue pour une grande part cette diminution à la distribution gratuite de quinine, faite par les autorités (en moyenne 2,000 kilos par an !); ces mesures, ajoute-t-il, devraient être imitées par d'autres gouvernements.

Les recherches de la commission ont démontré que dans les stations où la malaria est endémique, 12 à 41 0/0 des jeunes enfants hébergent le parasite. Dans les stations où on ne trouve pas de moustiques la malaria n'est pas endémique, et l'examen des habitants à ce point de vue démontre que les cas de malaria observés sont toujours importés (habitants ayant fait un séjour, souvent même très court, dans une station contaminée).

La fièvre hématurique est rare à Java : la commission n'a pu observer qu'un seul cas, concernant un convalescent, chez lequel l'accès avait indubitablement pour cause des injections hypodermiques de quinine.

Les sanatoria de l'île, situés entre 200 et 1800 m. au-dessus de la mer, ne peuvent rendre la santé aux malariques par la seule influence du climat d'altitude. Dans tous ces sanatoria, on est obligé de donner de la quinine : l'altitude n'est donc pas un spécifique pour le paludisme, elle influence cette affection exactement comme elle influence les autres maladies tropicales.

La commission va se transporter en Nouvelle-Guinée.

E. Vogt.

Injections sous-cutanées d'arsenic dans la malaria et dans l'anémie (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 12, 1899). — En se basant sur quarante observations personnelles, Kondratovitch préconise l'emploi d'injections sous-cutanées d'arsenic dans la malaria et dans l'anémie, car ces injections ont donné des résultats thérapeutiques fort satisfaisants et cela sans déterminer d'inconvénients plus ou moins graves (douleurs, abcès, etc.).

L'auteur injecte la liqueur de Fowler avec acide phénique (à 1 0/0). La région où doit être pratiquée l'injection est lavée préalablement par une solution d'acide phénique à 2 0/0 ; l'injection faite, on recouvre la région avec des compresses imbibées également d'acide phénique (dans le but d'atténuer les douleurs qu'on craint après l'injection).

On commence par injecter 0,50 centigr. du mélange indiqué et l'on porte progressivement mais rapidement la dose à 1 gramme.

On n'a jamais fait plus de 30 injections.

J. Roubleff.

Technique de la vaccination (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 fév. 1900). Flachs propose de vacciner sur un espace quadrangulaire limité en bas par le bord de la cage thoracique, en haut par une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous du mamelon ; les limites verticales sont le sternum et une ligne passant à deux travers de doigt en dehors du mamelon. Il est très facile d'appliquer en ce point un pansement solidement fixé, qu'on enlèvera au bout de huit jours : les phénomènes inflammatoires sont extrêmement rares, les ganglions lymphatiques de la région ne subissent aucune modification pathologique sous l'influence du virus. L'étendue et l'aspect des cicatrices ne présentent rien de particuler : Le point de vue esthétique ne joue d'ailleurs aucun rôle dans cette région.

E. Vogt.

Du tétanos, par G. Lemoine (*Nord médical*, 15 décembre 1899). — A propos d'un cas de tétanos observé dans son service, L. passe en revue les différentes théories sur cette maladie et les différents traitements employés. Il se montre peu enthousiaste de la méthode employée par Roux (trépanation et injection intra-

cérébrale) ; il a observé deux cas absolument négatifs. Si la valeur curative du sérum anti-tétanique est peu considérable, son action préventive est des plus certaines. Les deux agents qui ont le plus de valeur dans le traitement du tétanos sont le chloral et la morphine. Le chloral s'emploie à la dose de 25 à 35 grammes en 24 heures la morphine à la dose de 10, 15, à 20 centigrammes en 24 heures ; dans ces conditions on obtient une fois sur quatre une guérison. Le malade qui fait le sujet de cette clinique a été guéri par un nouveau mode de traitement, le lavage du sang par le sérum artificiel à hautes doses, le malade a reçu une injection intra-veineuse de un litre de sérum artificiel chaque jour et la guérison est survenue très rapidement.

P. Saintoy.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le pain chez les diabétiques (*Die Aerztl. Praxis*, 15 janvier 1900). — Les objections que l'on a faites à la suppression de l'alimentation d'origine végétale chez le diabétique, tiennent au fait que la quantité quotidienne d'hydrocarbure ingérée atteint, d'après Hirschfeld, environ 300 grammes dans la classe aisée et plus de 500 grammes dans la classe ouvrière. Une telle quantité d'aliments n'est pas facile à remplacer, aussi a-t-on dû conserver les végétaux, en recherchant les moins nuisibles.

Pour le pain, la question est des plus ardues à résoudre. La préparation soigneuse du pain de gluten demande une si grande quantité de matière première que la fraude est pour ainsi dire impossible à éviter, d'autant plus que le gluten non mélangé d'amidon est difficile à manipuler et ne rappelle pas le goût du pain dont le diabétique ne veut pas se priver dans la plupart des cas. On a donc essayé de satisfaire à ce désideratum en préparant du pain complet et du pain de ménage, mais les recherches de Hubner ont démontré que la proportion des albuminoïdes et des hydrocarbures non assimilés est la suivante :

	Album.	Hydroc.
Pour le pain de froment	20 0/0	1,1 0/0
Pour le pain de ménage	24 0/0	2,6 0 0
Pour le pain complet. .	30 0/0	7,4 0 0

Le problème reste par conséquent entier, aussi a-t-on songé à préparer du pain avec d'autres végétaux.

Le pain d'amandes douces, privées au cours de la préparation, de leurs hydrocarbures au moyen de lavages à l'eau chaude acidulée, présente un goût très agréable, mais les malades s'en fatiguent à la longue : le prix de revient est d'ailleurs assez élevé.

Le biscuit d'inuline qui donne de la lévulose au lieu de sucre de raisin, ne peut convenir qu'à quelques diabétiques ; beaucoup de ces malades n'assimilent pas, en effet, la lévulose.

La proposition d'Ebstein, qui consiste à extraire de la farine de froment une farine riche en albuminoïdes et pauvre en hydrocarbures, l'aleuronate, constitue un progrès évident. Cette farine, qui contient 80 0/0 d'albuminoïdes et 7 0/0 d'hydrocarbures, ne peut toutefois servir à la panification qu'à condition d'être additionnée de farine ordinaire, dans la proportion de 1 p. 4 de farine. On arrive ainsi à obtenir un pain contenant environ 18 0/0 d'albuminoïdes et 40 0/0 d'hydrocarbures (pain blanc 7 0/0 A., 52 0/0 H.).

Si donc un diabétique peut ingérer sans inconvénient 100 grammes de pain blanc, il pourra ingérer 115 grammes de pain d'aleuronate avec le même résultat. On voit que le bénéfice n'est pas bien grand ; ce que le malade demande, c'est de pouvoir ingérer des quantités beaucoup plus élevées d'un succédané du pain.

Ebstein a proposé diverses manipulations culinaires permettant d'obtenir du pain composé des parties égales d'aleuronate et de farine de froment, contenant 44,5 0/0 d'albuminoïdes, 40,5 0/0 d'hydrocarbure et 12 0/0 d'eau. La quantité de pain permise au diabétique s'accroît ainsi dans de notables proportions, mais la panification ne réussit qu'au prix des soins de propreté les plus minutieux et ne peut être par conséquent effectuée qu'à la maison par des personnes intelligentes.

La farine d'arachide, riche en graisses et en albuminoïdes, très pauvre en hydrocarbures, se prête à la préparation de potages, de sauces, etc. mais la plupart des malades ne s'habituent pas au goût spécial de cette farine. On est arrivé à la présenter sous forme de biscuits, mais on n'a pu modifier le goût primitif et cette préparation n'a pu se concilier la faveur des diabétiques.

On sait que l'apparition du sucre dans les urines suit de fort près l'ingestion d'amidon, le foie ayant probablement perdu la faculté d'accumuler le sucre sous forme de glycogène : on a par conséquent recommandé de concentrer sur un seul des repas quotidiens la quantité d'hy-

drocarbures permise, de façon à ce que le sang contienne le moins longtemps possible du sucre. Mais rien ne prouve que cette accumulation de sucre sur une partie de la journée soit préférable pour le malade à la présence du sucre en quantités moindres pendant un temps plus long : les diabétiques se résignent d'ailleurs fort difficilement à suivre cette prescription.

En thèse génerale, il est plus facile de faire accepter quelques jours d'abstinence totale d'hydrocarbures qu'une limitation continue.

E. Vogt.

Pronostic de la glycosurie et du diabète *(Société médicale de Berlin,* 31 janvier 1900). Au cours d'une discussion sur ce sujet, Hirschfeld a déclaré qu'à son avis on pouvait améliorer même des cas graves de diabète. La suppression absolue des hydrocarbures prédisposant au coma, on doit autoriser 50 à 100 grammes d'hydrocarbures par jour, et monter à 200 grammes quand l'amélioration s'accentue. Il est toujours plus difficile de réussir quand on se trouve en présence d'un diabète non soigné depuis longtemps. L'orateur a cru remarquer que les diabétiques souffrant de coliques et de diarrhées présentent des formes graves (diabète pancréatique ?). Une délimitation entre le diabète vrai et la glycosurie alimentaire n'est pas facile.

Klemperer a eu l'occasion d'observer deux cas de diabète chez des jeunes sujets, qui ont évolué avec une grande bénignité. Il a cru remarquer, en outre, que la présence d'albumine dans l'urine du diabétique n'aggrave pas toujours le pronostic ; il n'y a pas lieu, en général, de prendre dans ce cas des mesures diététiques spéciales.

Feilchenfeld a vu guérir, spontanément et sans aucun régime, des glycosuriques, et Silex a observé plusieurs cas de diabète datant de plus de 20 ans et n'ayant en rien compromis l'existence des malades réfractaires à toute espèce de régime.

L'orateur a pu, d'un autre côté, constater à plusieurs reprises que le décollement de la rétine continue parfois à évoluer chez les glycosuriques, alors qu'on a réussi à faire disparaître complètement le sucre de leurs urines.

E. Vogt.

La saignée dans l'urémie aiguë (*Medicinskœ Obosrenie,* n° 1, 1900). — Titoff après avoir passé en revue les travaux publiés à ce sujet, rapporte six cas personnels. Pour lui la saignée est indiquée à la période convulsive, si le pouls du malade est dur. La saignée doit être plus ou moins abondante selon l'âge, l'état général, la plénitude et la fréquence du pouls.

Chez des individus jeunes et robustes ayant un pouls plein et rare, on peut extraire de 200 à 500 grammes. Chez des individus âgés, de constitution faible, avec un pouls fréquent mais dur, il suffit d'extraire 100 grammes.

Pour éviter le choc qui peut être déterminé par la saignée et aussi dans le but de diluer les toxines circulant dans l'organisme, il est indispensable d'injecter après la saignée une quantité égale de solution physiologique de chlorure de sodium.

Dans les cas où l'œdème est considérable on peut d'après l'auteur introduire 100 à 200 grammes de solution physiologique, cette quantité suffit, car aussitôt après l'injection du serum commence la transsudation du liquide des régions œdematiées.

Pas un moyen ne donne des résultats aussi satisfaisants dans la période convulsive de l'urémie que la saignée. Celle-ci doit être placée au premier rang dans la thérapeutique de l'urémie.

Dans la néphrite interstitielle chronique avec artério-sclérose nettement prononcée surtout chez des individus âgés avec pouls dur, des saignées périodiquement pratiquées sont indiquées en tant qu'une mesure prophylactique dans le but d'éviter l'éclosion subite d'urémie pouvant entraîner une apoplexie.

L'auteur pratique toujours la saignée sur la veine médiane. Dans deux cas où il y avait de la céphalée chronique et des nausées, l'auteur a remplacé la saignée par des sangsues au nombre de 3 à 4 posées derrière les oreilles. Dans un cas, les sangsues ont donné un résultat satisfaisant, mais dans l'autre on a été obligé de pratiquer une saignée. Cette dernière fait tout d'abord disparaître les nausées et les convulsions, quant à l'abattement observé chez les névrosés, il ne disparaît pas rapidement, mais au contraire d'une façon progressive. Les convulsions non plus ne disparaissent pas d'un coup. Le plus souvent il se produit encore après la saignée deux ou trois accès pas trop violents toutefois.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Le cancer et sa récidive, par M. Doyen (*Revue critique de méd. et de chir.* 15 j. 1900). — L'auteur préconise l'*extirpation précoce de la cicatrice*

pratiquée dans le but de prévenir la récidive. Il applique cette méthode aussi bien aux cancers de l'estomac qu'aux cancers du sein. Les personnes opérées de tumeur du sein doivent se tenir sous la surveillance du chirurgien, qui noterait l'apparition de noyaux indurés dans la cicatrice. Plus la première opération aura été large et complète, plus il est indiqué de faire une extirpation large de la cicatrice, à la moindre menace de récidive, 2 ou 3 mois après la première intervention. L'examen histologique négatif de la cicatrice extirpée est une condition de sécurité pour l'opéré. De la sorte, il ne s'agit plus d'intervention palliative, mais bien d'intervention radicale et les médecins en ont la pleine responsabilité, en engageant les malades à se faire opérer en temps opportun et non lorsque les ganglions sont largement pris. Que peut-on faire en effet dans la 2e phase du cancer du sein, celle de l'infection ganglionnaire? opérer largement, enlever les muscles, le tissu adipeux sous-claviculaire, les lymphatiques postérieurs de l'aisselle, sous le bord du grand dorsal, au delà des vaisseaux bien dénudés. La chaîne lymphatique, d'ailleurs, doit être aussi *préventivement* enlevée lors de la 1re phase, nous sommes de cet avis, bien qu'il nous paraisse absolument inutile de les enlever « d'une seule pièce » avec la tumeur principale, comme le veut M. Doyen. Dans la 3e phase, celle de généralisation, il faut refuser toute opération, les interventions incomplètes ne servent qu'à « déconsidérer la chirurgie. »

A. Benoit.

Des para-appendicites (*Société de Chirurgie*, 7 février 1900). — M. Gérard-Marchant a appelé l'attention récemment sur des cas d'*adénite pré-cœcale* qui doivent être distingués des *appendicites*. M. Bazy déclare à son tour qu'il a opéré une jeune fille de 17 ans présentant une volumineuse tumeur de la fosse iliaque droite. Il tomba sur une masse ganglionnaire rétrocolique, qui n'avait aucun rapport avec l'appendice demeuré sain. Le sujet avait pourtant présenté des signes d'appendicite. Cette malade guérit par un simple drainage. Il faut donc qu'on le veuille ou non, reconnaître la part que prend le cœcum aux lésions des espaces péricoliques.

A. Benoit.

Faut-il laver la cavité péritonéale dans l'inflammation progressive du péritoine ? (*Chirurgie russe*, n° 10, 1899). — Zykoff, en se basant sur les observations recueillies ainsi que sur un cas personnellement cet avis que dans la péritonite progressive, l'opération doit être pratiquée le plus tôt possible. En outre il est nécessaire, l'opération terminée, de faire un lavage soigneux de la cavité péritonéale avec la plus grande quantité possible de solution physiologique. C'est par ce lavage qu'on enlève une partie des principes infectieux, pendant que les toxines sont diluées, d'où il résulte que leur action nocive est supprimée.

Le lavage doit porter particulièrement dans les régions voisines du diaphragme, car c'est là que s'accumulent surtout les substances pathogéniques.

Pendant le lavage il faut s'efforcer à défendre autant que possible le péritoine de l'action de l'extérieur.

Après le lavage on couche le malade de façon à ce que le liquide contenu dans la cavité péritonéale s'écoule vers le diaphragme, de cette façon le liquide ne stagne pas. Pour y arriver on fait prendre au malade la position horizontale le bassin élevé. Si le premier lavage n'a pas réussi, on en fait un second, un troisième, et on arrive parfois ainsi à sauver le malade.

J. Roubleff.

Traitement des ulcères variqueux, par M. Lafond-Grellety, (*Bul. médical* 1899). — Il faut commencer, s'il y a de l'œdème, par évacuer la sérosité en introduisant, au moyen d'un trocart enfoncé sous le derme, un long drain qui reste trois jours en place (Türbringer). On excite ensuite les plaies ulcéreuses avec le crayon de nitrate d'argent pendant un ou deux jours. Enfin on panse avec du coton hydrophile imbibé de solution chaude (37°) de *sérum gélatiné à* 10 0/0. Une feuille du gutta-percha empêche l'évaporation. Renouveler 3 à 4 fois par jour les compresses de coton hydrophile, qui doivent être maintenues chaudes. C'est par une action nutritive directe du sérum que l'on obtient la cicatrisation rapide des ulcères.

A. Benoit.

Emploi de l'acide phénique pur (*New-York med. Journal*, 25 novembre 1899). — Adams recommande, pour le traitement des phlegmons, panaris, ulcères, etc., la méthode suivante : on verse de l'acide phénique liquide sur la région à traiter, et, dès que celle-ci a blanchi, on enlève, au moyen d'un pinceau imbibé d'alcool, l'acide phénique. L'auteur a aussi employé le même procédé dans les cas de vaginite blennorrhagique aiguë. Un tampon imbibé d'acide phénique liquide est introduit pendant 30 secondes dans le vagin, puis on fait une large irrigation à l'alcool pur. Le lendemain, la sécrétion et l'inflammation ont notablement diminué : on procède alors à nouveau comme ci-dessus.

L'auteur affirme que la guérison absolue a été ainsi obtenue dans tous les cas et qu'une troisième application d'acide phénique n'a jamais été nécessaire.

E. Vogt.

Un cas de rhumatisme articulaire chronique progressif traité par le massage et les mouvements par M. René Mesnard (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 février 1900). — Il s'agit d'une femme de 64 ans, atteinte de rhumatisme articulaire chronique progressif, rhumatisme noueux ou déformant, appelé aussi rhumatisme goutteux.

La malade ne peut se livrer à aucune occupation : elle est incapable de tenir une chaise, de s'habiller, d'employer un couteau pour couper son pain.

L'épreuve dynamométrique donne pour la main droite comme pour la main gauche le chiffre de 3 kil.

L'auteur commence aussitôt une série de séances à peu près quotidiennes. Il pratique d'abord l'effleurage prolongé de chaque articulation douloureuse. Cette manœuvre permet d'imprimer aux doigts quelques mouvements passifs et peu à peu les articulations ankylosées deviennent plus souples. L'amplitude de la mobilisation est augmentée tant que la malade ne manifeste pas une trop vive douleur ; même intervention pour le poignet, le coude et l'épaule. Pour le dos l'effleurage est remplacé par la vibration mécanique, qui agit plus profondément.

A mesure que les articulations devenaient moins douloureuses et que les mouvements passifs acquièraient plus d'amplitude, l'auteur a, par un pétrissage méthodique, par des tapotements et des hachures, fortifié chaque groupe musculaire atrophié, puis peu à peu il a fait faire quelques mouvements actifs.

Tous ces exercices, plutôt pénibles au début, devinrent petit à petit plus faciles : la malade éprouva très vite un soulagement.

L'élévation verticale de bras au-dessus de la tête, impossible d'abord si ce n'est passivement et avec douleur, fut, au bout de quinze jours de traitement, possible activement et presque sans douleur.

La raideur du cou disparut en proportion de la douleur, qui était devenue bien moins vive.

Au bout de deux mois de traitement, la malade pouvait s'habiller elle-même, soulever une chaise et couper du pain : sa force dynamométrique était passée de 3 à 7 kil. pour la main droite et de 3 à 6 kil. pour la main gauche.

La malade fut très améliorée et ses mains purent répondre d'une façon suffisante aux faibles exigences de sa vie.

Voilà au point de vue fonctionnel ; quant à la déformation des mains, elle fut peu modifiée par ce traitement.

Il ressort de cette observation qu'on peut rendre de réels services aux malades atteints de rhumatisme chronique déformant.

Si l'on ne peut rien sur les désordres osseux déjà produits, on peut du moins remédier à l'atrophie musculaire et enrayer l'ankylose celluleuse qui se produit infailliblement par suite de l'immobilisation.

E. Vogt.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la méthode de Bourget (*Journal russe de médecine militaire*, n° 11, 1899). — Gross a employé chez des enfants, ainsi que chez des adultes qui ne supportent pas les préparations salicyliques, la méthode du Dr Bourget qui consiste, comme on le sait, à badigeonner les articulations atteintes avec une pommade dont voici la composition :

Acide salicylique.....	} ãã	10 grammes
Lanoline.....		
Essence de térébenthine		
Vaseline.....		100 —

Après les badigeonnages, on applique un pansement imperméable. Les badigeonnages sont pratiqués deux fois par jour.

L'action spécifique se manifeste souvent même au bout de 24 heures : les enfants deviennent plus calmes, s'endorment, et les douleurs articulaires diminuent d'intensité. Au bout de 36 à 48 heures, la température tombe et la tuméfaction des articulations diminue.

Chez les enfants ce traitement est fait pendant une semaine tout au plus : cela suffit pour amener la guérison. Les régions badigeonnées se desquament par la suite.

Pour les adultes la dose d'acide salicylique est portée à 15 grammes.

J. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de certaines formes de dilatation stomacale par l'huile à hautes doses (*Société de médecine interne de Berlin*, 29 janvier 1900). — Cohnheim propose le traitement par l'huile à hautes doses pour les dilatés qui souffrent 4 à 5 heures après le repas (contraction spas

modique du pylore). On commence par laver l'estomac, puis on introduit par le tube Faucher 1/4 litre d'huile d'olives pure légèrement chauffée : il suffit d'une intervention par jour pour voir rapidement disparaître les douleurs.

L'auteur est parvenu par le même procédé à diminuer dans une large mesure les douleurs dans un cas de carcinome du pylore.

E. Vogt.

La constipation spasmodique et son traitement (*Blætter f. kl. Hydrotherapie*, novembre 1899). — La constipation spasmodique n'est pas universellement admise, mais l'insuccès du traitement qui triomphe d'ordinaire de la constipation par atonie musculaire doit faire admettre que dans quelques cas rares c'est l'élément spasmodique qui entre en jeu dans la genèse de la constipation.

Kraus croit qu'il est possible, en dehors du diagnostic par exclusion, de reconnaître par l'examen direct la variété de trouble intestinal dont nous venons de parler. Les patients se plaignent de douleurs circonscrites, leur abdomen n'est pas ballonné, et l'on peut le plus souvent, par un examen minutieux, déceler la présence d'un cordon dur formé par le colon descendant, plus rarement par le colon ascendant. Il arrive même parfois que l'on reconnaît à la palpation des segments météorisés. L'examen rectal permet de constater que le sphincter est contracturé : c'est pour cette raison sans doute que la défécation n'amène aucun soulagement dans l'état des malades. Les selles sont rubannées ou bien on trouve des scybales : les matières ne surnagent pas dans l'eau, parce que la contraction intestinale en a chassé tous les gaz. Il va sans dire que les symptômes varient fréquemment, l'état spasmodique étant lui-même sujet à de grandes variations.

Les purgatifs, chez les malades de ce genre, ne feront qu'augmenter la tendance au spasme; seule, la belladone, déjà prescrite par Trousseau dans les cas où les traitements classiques échouaient, amènera un bon résultat en paralysant le sympathique. L'opium à dose faible réussit aussi parfois.

Au point de vue hydrothérapique, on utilisera uniquement les pratiques hyposthénisantes telles que les enveloppements humides, une ou plusieurs fois par jour, de 1 à 2 heures de durée. Un des enveloppements sera suivi d'un demi-bain tiède ou d'une douche en pluie tiède. D'autres spécialistes ont obtenu des succès avec des applications de compresses trempées dans de l'eau chaude.

Le massage est nuisible, il en est de même pour la faradisation : pour les irrigations rectales, on évitera soigneusement l'eau froide, et l'on s'adressera de préférence aux infusions faibles d'anis étoilé, de camomille à 37-38°, avec pression modérée.

Les lavements d'huile sont nettement indiqués (bassin relevé, pression faible, quantité 4 à 500 grammes).

E. Vogt.

L'orthoforme dans les affections gastriques (*Medicina*, n° 41, 1899). — En se basant sur ses observations personnelles arrive à la conclusion que l'orthoforme est un excellent moyen anesthésique dans les gastrites et surtout dans l'ulcère rond de l'estomac. Dans ce dernier cas il est suivant l'expression de l'auteur admirable. Il rapporte le cas d'un malade atteint d'ulcère rond chez qui on a d'abord essayé du bismuth sans succès durable et chez qui l'orthoforme a donné d'excellents résultats; dix-huit heures après l'administration du médicament les douleurs ont commencé à diminuer d'intensité pour disparaître complètement après une semaine (et cela même si l'on exerçait des pressions sur la région épigastrique). Le poids du malade a augmenté de 10 livres en deux semaines.

L'action anesthésique de l'orthoforme est d'autant plus importante que, comme on le sait, l'ingestion d'aliments provoque d'intenses douleurs dans cette affection.

Or, en en supprimant la douleur, on permet au malade de se nourrir — chose de capitale importance. — D'un autre côté l'orthoforme possédant des propriétés antiseptiques, l'ulcère sera relativement antiseptique. L'orthoforme peut enfin avoir une valeur diagnostique. Il existe en effet des cas où il est très difficile de déterminer l'origine de la douleur. Or, comme l'orthoforme n'agit que dans les cas où il y a ulcération — son action ne se manifeste pas, si la muqueuse est intacte — il s'en suit que l'apparition de l'anesthésie consécutive à l'administration d'orthoforme permettra dans des cas douteux de dire qu'on a affaire à une ulcération de la paroi stomacale.

J. Roubleff.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Les sueurs des phtisiques et leur traitement par le tellurate de soude, par Barié (*Journal des Praticiens*, n° 7, p. 97, 1900). — De nombreux

moyens ont été proposés pour combattre les sueurs des phtisiques; parmi ceux-ci est le tellurate de soude que Combemale a préconisé et qu'il a substitué au tellurate de soude, primitivement employé par Neusser (de Vienne). Le tellurate de soude ne produit pas d'effets toxiques; son seul inconvénient est de donner à l'haleine une odeur d'ail très persistante.

Le médicament doit être prescrit à la dose de 2 cent. 1/2 à 3 centigrammes en moyenne par jour et cela pendant 3 à 4 jours consécutifs enron. Il ne faut pas, en tout cas, dépasser la dose de 5 centigrammes.

La forme sous laquelle on prescrit le tellurate de soude est indifférente; on peut prescrire une solution alcoolique ou des pilules; c'est à ces dernières que l'on a habituellement recours.

G. Lyon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'administration du thiocol (*Therapeutique Moderne Russe*, n° 12, 1899). — Dans deux cas de tuberculose pulmonaire, Dombrovsky a administré le thiocol à l'intérieur et en est resté fort satisfait : chez les deux malades ainsi traités il a observé la diminution de la toux, une amélioration de l'expiration pendant la toux, la disparition des sueurs nocturnes, l'atténuation des phénomènes morbides à l'auscultation et à la percussion, une amélioration d'appétit et de bien-être et aussi une augmentation de poids. Et cependant les bacilles de Koch ont persisté dans les mêmes conditions qu'avant le traitement.

Dombrovsky administre le thiocol à la dose de 2 gr. 50, seul ou bien mélangé avec de l'héroine (cinq milligrammes par doses) trois fois par jour.

J. Roubleff.

Traitement de la pleurésie avec épanchement (*Blætter f. Kl. hydrotherapie*, nov. 99). — Buxbaum donne l'observation d'un alcoolique avec cœur très faible, atteint de pneumonie droite et pleurésie gauche, et présentant le phénomène remarquable d'une différence de 2° entre la température axillaire (37°) et la température rectale (39°). Ce phénomène n'était pas passager : il s'expliquait par un état spamodique des artères périphériques. Les frictions avec un linge trempé dans l'eau froide et exprimé provoquèrent, à la seconde friction, une élévation de la température axillaire à 38,4° (rectum 39°) et un relèvement marqué du pouls. En même temps, et bien que le processus intrapulmonaire n'eût subi aucune amélioration, la dyspnée diminua à raison de deux frictions par jour, auxquelles on ajouta l'emploi d'un appareil réfrigérant à eau courante placé sur la région cardiaque (deux applications de deux heures de durée par jour).

Avec l'amélioration de la circulation on vit baisser l'exsudat et augmenter l'expectoration ; il est possible que le rétablissement des fonctions de la peau et de l'évaporation cutanée, ait exercé une action indirecte sur la quantité de liquide épanché dans la plèvre.

Le 4e jour, l'auteur modifia son traitement et ordonna des enveloppements humides d'une heure par jour. Dix jours plus tard, le malade était entièrement guéri,

En résumé, la marche de l'affection démontre que l'ascension de l'exsudat dépendait de la rétention intra-organique d'eau et de chaleur, puisque la résorption s'est rapidement effectuée aussitôt que la circulation sanguine normale fut rétablie.

E. Vogt.

Prophylaxie et traitement des hémorragies des voies aériennes supérieures (*Deutsche Praxis* 15 février 1900). — Flatau insiste spécialement sur le fait que souvent les hémorragies pharyngées ou trachéo-laryngées sont dues à la présence de sécrétions adhérentes ; le malade fait des efforts violents pour les détacher et congestionne ainsi l'organe.

D'un autre côté, de petits corps étrangers et des concrétions, logés dans l'amygdale, produiront fréquemment des hémorragies qu'on pourrait éviter si l'on faisait plus exactement l'examen des cryptes et des piliers.

Il va sans dire que si les états congestifs sont dus à une stase périphérique provenant de la gêne circulatoire (affections du rein, du cœur du foie), il faut être très prudent dans l'intervention locale, car la région entière présente alors un état variqueux et les hémorragies graves sont à craindre. La même prudence s'impose lorsqu'on a lieu de soupçonner que l'hémorragie représente un accident initial d'une maladie infectieuse en incubation,

Dans la coqueluche, se forment parfois des ecchymoses traumatiques des voies aériennes qui peuvent donner lieu ultérieurement à des hémorragies : s'il s'agit d'un adulte dont les accès convulsifs sont peu caractérisés, on conclura facilement à un début de tuberculose.

Le malade atteint d'une hémorragie des voies aériennes supérieures ne devra ni renifler ni se moucher ; il restera étendu avec la tête un peu relevée. Il est souvent fort difficile de décider si l'on doit craindre dans l'avenir une perte de sang foudroyante ou si tout rentrera bientôt dans l'ordre.

Les périamygdalites suppurées présentent un certain danger, car l'érosion de vaisseaux sanguins du voisinage peut se produire ; il faut donc aller chercher le pus aussitôt qu'on soupçonne sa présence. Si l'on a affaire à un abcès formé depuis quelque temps déjà il est prudent de faire une ponction exploratrice avec la seringue de Pravas, car il peut arriver parfois que le sang ait fait irruption dans la poche et que l'on soit pris au dépourvu au moment où l'on pratique l'incision.

E. Vogt.

Terpinol dans les hémoptysies (*Vratsch*, n° 49, 1899). — Janovsky emploie depuis cinq ans le terpinol dans les hémoptysies et en se basant sur de nombreuses observations, il croit pouvoir conclure que dans des hémoptysies par stase le terpinol ne donne aucun résultat, tandis que dans les hémoptysies des tuberculeux, il a donné des résultats satisfaisants dans un grand nombre de cas, mais pas toujours cependant.

Dans les cas favorables, l'hémoptysie diminue après l'administration de 18 à 21 gouttes de terpinol (3 gouttes à la fois) et s'arrête complètement après 25-45 gouttes. Dans les cas où l'hémoptysie n'a pas été très abondante 4 gouttes en deux fois ont suffi.

Si on n'obtient aucun résultat favorable au bout de 36 heures, on arrête l'administration de terpinol, car continuer le traitement serait inutile.

Lorsque l'hémoptysie devient moins considérable, on commence, au bout de 12 heures, à diminuer progressivement la dose de terpinol jusqu'à 2 gouttes toutes les deux heures. Après l'arrêt complet de l'hémoptysie, les malades ont continué à prendre du terpinol pendant 24 à 48 heures, 3 à 4 fois par jour.

J. Roubleff.

Traitement hydrothérapique de l'endocardite aiguë et chronique (*Blœtter f. Kl. Hydrotherapie*, décembre 1899). — Buchsbaum énumère les indications de l'hydrothérapie dans les troubles circulatoires : on arrive, grâce à elle, à provoquer, après une contraction de courte durée, une dilatation active des vaisseaux de la périphérie, avec conservation de la tonicité. Les excitations thermiques stimulent en même temps la circulation périphérique et favorisent une sorte d'autonomie de cette circulation, grâce à laquelle le travail du cœur est diminué.

Par l'emploi d'applications réfrigérantes sur la région cardiaque, on parvient facilement, d'un autre côté, à diminuer la fréquence des systoles, et à augmenter la pression artérielle.

L'hydrothérapie provoque en outre une augmentation de l'amplitude des mouvements respiratoires : le sang veineux est ainsi plus énergiquement aspiré par le cœur droit.

L'hydropisie sera modifiée en premier lieu par l'appareil réfrigérant appliqué sur la région cardiaque, car l'action de cet appareil est de tout point comparable à celle de la digitale. En second lieu, les frictions sèches, les enveloppements humides en favorisant l'évaporation cutanée, feront diminuer les œdèmes, surtout aux membres inférieurs.

Il faut user avec la plus grande prudence des bains de vapeur, qui augmentent la fréquence des pulsations : on peut par des moyens moins dangereux obtenir la sudation et la stimulation des échanges intra-organiques.

L'hydrothérapie agit comme la digitale, mais elle ne saurait la remplacer entièrement et doit servir surtout à retarder le moment où le médicament devient indispensable. Les troubles accusés par le malade dans la région cardiaque, les palpitations, l'essoufflement, l'irrégularité des battements du cœur peuvent être combattus efficacement par l'hydrothérapie.

L'appareil réfrigérant permet souvent de stimuler encore l'activité cardiaque dans des cas où les toniques cardiaques ont épuisé leur action : cet appareil ne produit jamais d'effets cumulatifs, et il a une grande valeur pronostique, car si on l'emploie sans succès après que la digitale a échoué, on ne saurait espérer une guérison ; en cas de succès au contraire, le pronostic devient meilleur.

Dans l'*endocardite aiguë*, il faut calmer le cœur et l'appareil réfrigérant suffit entièrement à cette tâche, à condition de le laisser longtemps en place. Ce traitement local constituera la seule médication, à moins qu'une asthénie cardiaque marquée ne force à l'emploi d'analeptiques. Au cours de la convalescence, on fortifiera indirectement le myocarde en procédant à des applications hydrothérapiques localisées destinées à activer la circulation périphérique.

En cas de *troubles de compensation*, on emploiera de même en permanence l'appareil réfrigérant placé sur la région cardiaque jusqu'à ce que les irrégularités de fonctionnement du cœur aient disparu : on continuera à ce moment les applications (1/2 à 1 heure, 1 à 2 fois par jour) pour éviter les récidives.

Si les *œdèmes*, l'*oligurie* existent déjà chez le malade, il faut avant tout s'attaquer à la résistance que l'action du cœur rencontre à la périphérie, et appliquer localement l'eau. On commencera par des enveloppements humides des extrémités inférieures, puis, au bout de deux

jours, on enveloppera le corps tout entier : on ne commencera que le lendemain à employer l'appareil réfrigérant.

Quand les accidents alarmants sont enrayés, le massage et la gymnastique passive devront intervenir, ainsi que les douches en pluie de 15 secondes, suivies de frictions sèches pendant 1 à 2 minutes. Il va sans dire que ce traitement doit être individualisé, et que l'apparition de troubles dyspnéiques sous son influence constitue une contre-indication.

E. Vogt.

Traitement des anévrismes sacciformes (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 10, 1899). — Goloubinine après avoir passé en revue la littérature de la question et s'être longuement arrêté sur l'injection de gélatine, traitement indiqué par Lancereaux, relate quatre cas d'anévrisme sacciforme qu'il a eu l'occasion d'observer dans la clinique du Pr Schervinsky.

Dans tous les cas la malade était très développée et le diagnostic en était facile.

Dans le traitement, l'auteur a employé en dehors des préparations iodées et d'autres moyens thérapeutiques, des injections d'une solution stérilisée de gélatine à 2 pour 100 en quantité variant de 150 à 250 grammes en une seule séance.

Le nombre d'injections a varié de 2 à 16. Dans un cas, les injections ont été commencées peu de temps avant la mort du malade, qui présentait tous les symptômes de rupture du sac anévrismal. Mais, dans les trois autres cas, les résultats obtenus ont été absolument négatifs : Dans aucun cas on n'a obtenu d'amélioration même passagère, ni objective, ni subjective. Cependant l'auteur ne va pas jusqu'à nier complètement l'utilité des injections en question dans les anévrismes, d'abord parce que le nombre des cas qu'il a observés est loin d'être considérable, ensuite parce que tous ses cas ont été très graves, le processus pathologique ayant été très avancé. Il faut donc pour se prononcer attendre de nouvelles observations.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Pâtes rafraîchissantes (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie* 1er janv. 1900). Pour obtenir, au lieu des pâtes simples, des pâtes rafraîchissantes, il suffit, d'après Unna, d'incorporer à ces pâtes une grande quantité d'eau : celle-ci en s'évaporant exercera une action réfrigérante qui procurera au malade une sensation de bien-être.

En cas d'eczéma infantile de la face, on prescrira avec avantage ;

Oxyde de zinc	15
Soufre	15
Terre d'infusoire	10
Adeps lanae	20
Huile de sésame	10
Eau distillée	30

On peut ajouter d'un autre côté au coldcream des poudres qui le transformeront en pâte calmante (carbonate de magnésie 25 0/0, ou poudre d'amidon 50 0/0).

Une autre formule très rafraîchissante consiste dans :

Carbonate de magnésie	2,5
Eau distillée	5
Ajoutez :	
Vaseline	5

On commence par faire une pâte molle en mélangeant la poudre et l'eau, puis on rajoute la vaseline. On peut remplacer l'eau simple par l'eau chaude ou l'eau de chaux.

L'auteur, après plusieurs essais, a en outre adopté 3 variétés de pâte rafraîchissante à base de liniment oléo-calcaire ; il les réunit sous la dénomination de pâte molle de zinc numéros 1, 2, 3.

	1	2	3
Huile de lin	20	25	20
Eau de chaux	20	25	20
Oxyde de zinc	30	25	40
Craie préparée	30	25	20

Le n° 2 représente la pâte la plus tendre, le n° 3 la moins tendre.

Les acides, les phénols, les sels ne peuvent être incorporés à cette pâte, mais bien le soufre (10 0/0), la chrysarobine (10 0/0), le baume du Pérou (10 0/0), l'huile de cade (5 0/0), l'extrait d'opium (6 0/0), le menthol (2 0/0), l'essence d'amandes amères (10 0/0), la cocaïne basique (0,5-1 0/0), etc.

L'indication principale de ces topiques réside dans la présence des surfaces hyperémiées et sécrétantes : on les utilisera donc dans les cas d'eczéma des parties génitales, d'eczéma généralisé secrétant, de brûlure du second degré et de dermatites artificielles des prédisposés. Dans toutes ces affections, la pâte molle de zinc exerce une action calmante et décongestionnante précieuse, surtout dans les cas de dermite toxique de cause inconnue, car on ne

risque jamais de provoquer des réactions chimiques dangereuses en se servant de ces pâtes.

Les médicaments actifs (soufre, chrysarobine, etc.) ne doivent pas être incorporés à la pâte dès le début d'un traitement : il est préférable d'attendre que la pâte simple ait produit son effet calmant habituel avant d'agir plus énergiquement.

En résumé la pâte molle de zinc sera d'un grand secours quand il s'agira d'instituer un traitement symptomatique d'états inflammatoires du tégument cutané.

E. Vogt.

Traitement du lupus vulgaire par la methode d'Unna (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, 1er janvier 1900. — Krzysztalowicz a appliqué à l'hôpital Saint-Lazare de Cracovie la méthode en usage à Hambourg, où elle rend de très grands services. Unna pose en principe qu'une guérison radicale du lupus ne saurait être espérée tant que des bacilles tuberculeux ont échappé à l'action du traitement. Il faut donc combiner les caustiques aux bactéricides, en choisissent les topiques exerçant une action élective sur le tissu malade et respectant le tissu sain. L'acide salicylique présente seul les qualités requises pour un bon caustique : son application est douloureuse, mais l'addition de créosote de hêtre diminuera dans de grandes proportions les douleurs.

Tous les composés chlorés agissent d'un autre côté comme bactéricides : Unna préfère le chlorure d'antimoine, et propose en conséquence la combinaison thérapeutique suivante :

Acide salicyliqne....	àà 2 grammes
Chlorure d'antimoine liquide.....	
Créosote.....	àà 4 —
Extrait de chanvre Indien.....	
Adeps lanae.....	8 —

Us. Ext.

On étend une mince couche de cette pommade sur les parties atteintes de lupus et on recouvre de gutta-percha. Ce pansement restera en place 24 à 48 heures. La douleur varie avec les malades : l'épithélium commence à recouvrir les parties traitées vers le troisième jour, mais il faut renouveler les applications à plusieurs reprises si l'on veut obtenir une action en profondeur.

Après une application de 24 à 48 heures, on remplace la pommade caustique pour 2 à 3 jours par un onguent non irritant (vaseline boriquée par exemple), et on continue par une application nouvelle jusqu'à ce que le tissu de granulation ait un aspect satisfaisant et présente une tendance à la kératinisation. Si le tissu de granulation a un aspect bleuâtre, on continuera le traitement, en espaçant davantage les applications caustiques.

Les formes superficielles guériront par ce procédé, mais les modifications profondes seront peu influencées : elles exigent une autre médication. On se servira alors de la pâte suivante :

Potasse caustique,	àà parties égales
Chaux vive.....	
Savon vert.....	
Eau distillée... ..	

Us. Ext.

Il faut, pour obtenir une action en profondeur, humecter cette pâte et la recouvrir d'un tissu imperméable. On appliquera donc sur la couche de pâte un tampon d'ouate humide et on recouvrira de taffetas gommé : sur les muqueuses, le tampon d'ouate est inutile car la sécrétion muqueuse suffit pour humecter la pâte, qu'il n'est souvent nécessaire d'appliquer qu'une seule fois. L'escharre tombe au bout de quelques jours et fait place à un tissu de granulation.

Si après une cautérisation superficielle avec la pommade (*v. ci-dessus*), on veut faire disparaître rapidement l'infiltration cellulaire pour faire ressortir les nodules situés en profondeur, on emploiera en permanence des solutions aqueuses de potasse caustique à 1 pour 5000 ou 1 pour 10000 en compresses.

Il arrive souvent qu'après un traitement complet il reste de noyaux de tissu pathologique, d'où partiront les récidives. Il faut concentrer toute son attention sur ces nodules et les attaquer vigoureusement.

L'important est de savoir employer la méthode et d'en bien combiner les éléments, de façon à obtenir une guérison durable et à respecter les tissus sains autant que faire se peut.

E. Vogt.

Résultats opératoires obtenus avec l'aiguille galvanocaustique (*Deutsche med. Ztg*, 4 déc. 99). Blœbaum fait construire ses aiguilles en platine iridié ; on peut ainsi obtenir des instruments d'une finesse extrême, ce qui présente une grande importance quand il s'agit d'opérer sur le visage, où les cicatrices doivent être aussi peu apparentes que possible. C'est surtout dans le traitement du « nez rouge », avec variquosités superficielles, que des cautérisations avec cette fine aiguille, pratiqués tous les 2 millimètres, sur les vaisseaux dilatés ont donné des remarquables résultats, Si le nez est d'un rouge uniforme, ou si cette coloration n'apparaît qu'au moment de l'impression du froid, on commencera par un massage méthodique quotidien. Au bout de quelques temps, le nez pâlira et on pourra alors apercevoir des variquosités qui

seront justiciables de la cautérisation galvanique.

Si le nez présente une inflammation avec sécrétion marquée des glandes sébacées le traitement sera plus difficile, et il faudra cautériser aussi les orifices dilatés des glandes.

L'auteur a été étonné de constater que la plupart des malades soignés par lui n'étaient ni alcooliques ni atteints d'une affection organique quelconque. Il n'a pu constater chez eux, aucune autre manifestation pathologique, que l'existence d'un réseau vasculaire superficiel très marqué, et s'étendant sur toute la face.

Les 60 malades traités par l'auteur ont donné 50 guérisons : tous avaient été soumis sans succès à des médications variées. Un examen comparatif a permis à l'auteur de reconnaître que la meilleure méthode, après l'aiguille galvanocaustique, est la discision des veines superficielles, qui ne peut toutefois, donner des résultats en présence de vaisseaux de petite dimension. Les instruments portant plusieurs aiguilles donnent lieu à des hémorragies abondantes suivies pendant quelques jours d'une anémie marquée : mais bientôt tout rentre dans l'état primitif. L'électrolyse provoque des cicatrices trop apparentes.

E. Vogt.

Traitement du lupus vulgaire par le spray au chlorure d'éthyle (*Hospitalstidende*, n° 1, 1900). — Dethlefsen a provoqué, 6 fois en douze jours, la congélation par le chlorure d'éthyle dans un cas de lupus ulcéreux grave très ancien, la durée des séances ne dépassa pas 1 à 2 minutes. Huit jours plus tard, les parties auparavant ulcérées et nécrosées, entièrement cicatrisées, étaient recouvertes d'épiderme lisse.

L'emploi du spray n'est absolument pas douloureux : quel que soit le résultat définitif, il est indéniable que la méthode mérite d'être étudiée.

E. Vogt.

Girgol dans la syphilis (*Wratch*, n° 47, 1899). — Le girgol se présente sous forme d'une poudre grossièrement granulée de couleur foncée, presque noire, insoluble dans l'alcool et l'éther, mais facilement soluble dans l'eau où il laisse un léger précipité. La solution aqueuse du girgol est d'une réaction neutre, d'une couleur cendrée, fluorescente à la lumière réfléchie. Les acides, les alcalins, les sels de métaux lourds précipitent dans cette solution le métal (le mercure) sous forme d'un précipité de couleur foncée. A proprement parler, le girgol ne se dissout pas dans l'eau, mais forme avec elle une sorte d'émulsion. Le girgol à la température ordinaire (15°R) ne s'évapore pas.

Vorzechovsky (de Varsovie) a employé le girgol chez 45 syphilitiques avec éruptions papuleuses qui n'avaient pas été traitées auparavant. A 15 malades il a fait des frictions avec la pommade au girgol, contenant 10-33 1/3 0/0 de girgol (pour chaque friction on prend 3 grammes de pommade à 10 0/0). 15 malades ont pris le girgol en pilules) (2-4 pilules en 24 heures, 0 gr. 05 par pilule). Enfin aux 15 autres malades, on a fait tous les 5-6 jours des injections dans les fesses avec une solution de 2-10 0/0. Sous l'influence du traitement les phénomènes douloureux ont disparu plus lentement que sous l'influence de l'onguent gris ordinaire.

L'analyse des urines a montré que dans le premier cas (girgol) on n'a trouvé des traces de mercure qu'entre le 5e et le 8e jour, tandis que dans le second cas, on l'a décelé pendant les premières 24 heures.

La pommade au girgol se prête très bien aux frictions, elle n'irrite pas la peau, mais la colore en gris sombre.

Les injections au girgol déterminent des douleurs sourdes assez intenses et une tuméfaction persistant pendant un certain temps.

Le girgol en pilules est bien supporté par les voies digestives ; dans quelques cas seulement il provoque de la diarrhée, des douleurs et une certaine anorexie.

L'éruption sous l'influence des pilules disparaît au bout de 5 à 30 jours.

Comme l'action de la pommade au girgol est moins efficace que celle de l'onguent gris, la pommade au girgol trouve son indication dans les affections syphilitiques des poumons, des dents, etc. Administré à l'intérieur, le girgol doit être considéré comme une des meilleures combinaisons mercurielles.

L'auteur conclut en disant que le girgol comme antisyphilitique ayant ses indications nettement déterminées ne doit pas être abandonné par les médecins.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien chef de clinique de la Faculté

Kyste hydatique prévésical, par Albarran (in *Bull. Soc. chir.*, 1900, p. 161). — Malade de 59 ans opéré par Albarran pour un kyste de la cavité de Retzius, qui était un kyste hydatique siégeant dans le tissu sous-péritonéal prévé-

sical, adhérent aux organes voisins (artère ombilicale, péritoine, épiploon, vessie) qu'il fallut réséquer en partie. C'était un kyste hydatique du volume d'une orange et qui put être extirpé en totalité.

E. Chevalier.

Dégénérescence polykystique de la muqueuse vésicale, par Suarez (de Buenos-Ayres) (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 162). — L'auteur décrit l'observation d'une malade chez laquelle il conclut qu'il s'est trouvé en présence d'une nouvelle affection, la dégénérescence polykystique de la muqueuse vésicale, caractérisée cliniquement par une hématurie tenace, de la fréquence et de la cuisson de la miction, des urines sans pus mais avec du sang et des cellules dégénérées, une marche chronique sans altération de l'état général, enfin la constatation au cystoscope d'une énorme quantité de kystes disséminés sur la muqueuse qui reste saine dans les intervalles.

La guérison fut obtenue par les lavages et les instillations de nitrate d'argent.

E. Chevalier.

Paralysie vésicale après l'accouchement. Rétention d'urine pendant 44 jours, guérison par les courants continus, par Platon et Raynaud (de Marseille) (in *Rev. de Cinésie et d'électrothérapie*, 1900, p. 41). — C'est l'histoire d'une femme de 22 ans accouchée à la Maternité de Marseille le 15 décembre 1899 et prise d'une rétention d'urine qui se produisit de suite, fut suivie de dysurie jusqu'au 23 décembre, et redevint une *rétention complète* et douloureuse que l'on traita d'abord par des cathétérismes réguliers, à la suite desquels survint de l'uréthrite et de la pyélite droite. Le 15 janvier 1900, on commença de l'électrisation à courants induits, répétée chaque jour sans résultat. Le 19 janvier, on commença des séances de 15 minutes de courants continus faibles (une large électrode sur la vessie, une autre en arrière sur les lombes). Le 23 janvier, émission spontanée d'urine; les séances sont continuées les 24, 26, 27 et 28 janvier, et la malade sort, à cette date, entièrement guérie.

E. Chevalier.

De la prostatectomie périnéale, par Gosset et Proust (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 35). — Les auteurs, après avoir passé en revue les procédés de prostatectomie, exposent leur procédé qu'ils n'ont encore expérimenté que sur le cadavre.

Il faut prendre préalablement les mêmes précautions d'antisepsie rectale que pour les autres opérations de la région; placer le malade dans la position de la taille sur le plan incliné de Péan, mettre un cathéter métallique dans l'urèthre, une mèche de gaze dans le rectum, faire sur le périnée d'un ischion à l'autre l'incision de la taille prérectale complétée à droite (de l'opérateur) par une incision recurrente contournant l'anus jusqu'à la pointe du coccyx. On marche vers la prostate d'abord par l'incision latérale qui permet d'exposer le creux ischio-rectal, puis on revient à l'incision prérectale pour détacher le rectum de la prostate, en se portant surtout en avant, tout en évitant le bulbe. On isole le plus haut possible le rectum qu'une valve écartera. On isole ensuite la prostate en mordant sur sa capsule pour faire une sorte d'extirpation sous-capsulaire. On fend l'urèthre prostatique depuis la vessie jusqu'au bec (on fait une hémisection postérieure), on place des pinces à hystérectomie, on détache de l'urèthre le lobe droit, puis on l'isole de la vessie et de la vésicule. On répète la même chose pour le lobe gauche.

On met ensuite une sonde à demeure et l'on suture l'urèthre prostatique au catgut, à points séparés non perforants. — Suture des plans superficiels et drainage.

E. Chevalier.

Nouvelles recherches concernant le traitement radical galvanocaustique de l'hypertrophie de la prostate (opération de Bottini) (*Deutsche med. Ztg* 1-18 janvier 1900). — Freudenberg qui a introduit dans la technique de Bottini quelques améliorations importantes, donne dans son travail le résultat de son expérience actuelle. Il n'opère que les malades qui seraient, sans opération, obligés de se sonder; c'est-à-dire qui sont voués à l'infection inévitable. Pour l'auteur, le cathétérisme quotidien pratiqué par le malade est bien autrement dangereux que l'opération de Bottini, qu'il a pratiquée 71 fois (nombre des malades, 56).

Parmi ces cas, l'auteur en cite un où la castration resta inefficace : l'opération de Bottini amena une guérison complète qui s'est maintenue depuis 31 mois : le résultat a été immédiat pour ainsi dire, tandis que dans d'autres cas, il ne s'établit qu'au bout d'une quinzaine de jours environ. L'auteur croit que les effets rapides s'observent surtout quand un renflement glandulaire vient faire soupape, et les effets retardés quand il y a compression ou déplacement de la portion prostatique de l'urètre.

Quand il y a cystite, on la voit parfois disparaître spontanément après l'opération, mais en général un traitement spécial est nécessaire : Freudenberg ne saurait à cet égard donner des

règles pronostiques, car on voit des cystites intenses s'améliorer rapidement et des cas légers résister à toute médication.

Il n'est pas rare qu'à la suite de l'opération le malade ressente un grand frisson, en général entre 24 et 48 heures après l'intervention. La prophylaxie est impuissante à empêcher cette complication, toujours impossible à prévoir : la quinine, même à trois fortes doses, le salol, l'urotropine, etc., n'ont donné aucun résultat. Un seul fait semble acquis, c'est que ces frissons ne se manifestent jamais chez les sujets dont les urines sont tout à fait claires.

L'auteur, à la suite de résultats incomplets, s'est décidé à n'utiliser que des instruments permettant de faire des incisions de 6,6 cm. de longueur. On appuiera fortement l'instrument sur la prostate, on s'assurera de son parfait fonctionnement, et on incisera lentement.

Les 51 malades ont donné 4 morts (2 pneumonies, une blessure de la vessie, une périphlébite suppurée) de suite après l'intervention, et 2 morts, 24 et 49 jours après (pyélonéphrite chronique ancienne). Les autres ont donné 50 0/0 de guérisons, 26 0/0 d'améliorations notables.

La statistique ci-dessus embrasse aussi les premières opérations, faites avec des instruments défectueux et difficilement stérilisables.

Les opérés étaient en moyenne âgés de 66 ans (le plus âgé avait 81 ans) : la plupart d'entre eux étaient atteints de pyélite et de pyélonéphrite.

Si l'on compare ces résultats à ceux que donne le traitement palliatif ou les autres méthodes, on voit que le traitement palliatif donne 32,6 0/0 de mortalité, la castration double 16 0/0, la resection des canaux déférents 6 0/0, la prostatectomie sus-pubienne 17,7 0/0.

En tous cas, l'opération de Bottini, faite après insuccès d'autres méthodes, a donné plusieurs fois des succès, tandis que le cas inverse n'a pas encore été enregistré.

Les praticiens doivent, en présence de ces résultats, bien se persuader que le jour où ils se décideront à conseiller l'opération de Bottini à leurs malades, *avant que ceux-ci se soient sondés et se soient par conséquent infectés*, les résultats dépasseront de beaucoup ceux obtenus jusqu'ici.

E. Vogt.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique (*Therap. Monatshefte* févr. 1900). — Chazelitzer traite l'épididymite au début par le repos et les compresses réfrigérantes : si le malade se présente à lui avec une inflammation déjà avancée, des douleurs vives, la médication sera toute différente et consistera en onctions avec une pommade à l'iodure de plomb à 10 0/0 : par-dessus, un cataplasme Lelièvre, enveloppé de gutta-percha ; on applique ensuite une couche d'ouate et un suspensoir aussi serré que possible. Le pansement est changé deux fois par jour : le resultat est immédiat, le malade ne ressent plus de douleurs et peut reprendre ses occupations. L'exsudat de la tunique vaginale est très rapidement résorbé sous l'influence de cette médication.

E. Vogt.

Cure radicale du varicocèle, par M. Cheinisse (de Montpellier) *Semaine médicale*, 14 février 1900. — L'auteur recommande le procédé suivant, dû à M. Narath (d'Utrecht). Au lieu de réséquer les veines du scrotum, en risquant de couper la spermatique, comme dans le procédé usuel, on incise le canal inguinal parallèlement au ligament de Poupart, sur 10 centimètres, on découvre le tronc veineux principal dans ce canal lui-même, fendu sur sa face extérieure, et on résèque plusieurs centimètres de la veine spermatique ou de ses principales branches. Sur ce point, une fois la la tunique fibreuse du cordon ouverte, *il est beaucoup plus aisé de reconnaître les divers éléments du cordon que plus bas.* On termine par la manœuvre de Bassini, comme pour la cure radicale de hernie. Les résultats ont été si bons chez M. Narath, que plusieurs opérés ont pu accomplir leur service militaire. Nous n'avons qu'une critique à faire à ce procédé ; comme il sacrifie l'aponévrose du grand oblique, il ne saurait trouver son indication que si le canal était manifestement dilaté, ce serait alors rendre un double service aux varicocéleux.

En dehors de ce cas, nous conseillerions de ne pas toucher au plan fibreux solide, qu'aucune suture savante ne saurait remplacer.

A. Benoit.

Hydronéphrose par kyste hydatique du rein. Néphrectomie, par Tuffier (*Bull. Soc. chir.*, 1900, p. 181). — C'est l'histoire d'une malade de 18 ans opérée à l'âge de 10 ans par la ponction, d'un kyste hydatique du foie, et qui fut opérée par la néphrectomie abdominale à 18 ans, pour une récidive dans le rein sous forme d'un kyste hydatique de l'extrémité inférieure du rein et d'une hydronéphrose.

E. Chevalier.

Traitement chirurgical de la tuberculose du rein (*Soc. de méd. interne de Berlin in : Deutsche med. Wochenschrift*, 15 février 1900). — La conférence du Pr Kœnig a trait aux opérations pratiquées par lui-même. Il convient, avant tout, pour l'orateur, de distinguer, au point de vue chirurgical, les foyers corticaux ne communi-

quant pas avec le bassinet, des foyers qui sont en rapport avec ce dernier. Le diagnostic de la première variété est pour ainsi dire impossible, alors que la pyélite tuberculeuse est facile à reconnaître.

La résection des foyers malades, qui semble théoriquement une opération très recommandable, est impraticable pour l'orateur, qui démontre, sur les 17 reins qu'il présente à la Société, qu'une résection eût certainement été insuffisante pour guérir les malades.

Si l'on se décide à extirper un rein, il faut en premier lieu savoir si le sujet possède un second rein. Si tel n'est pas le cas, on peut se trouver en présence, soit d'un rein en fer à cheval avec presque toujours deux uretères, soit d'un rein solitaire. On peut le plus souvent reconnaître à la palpation l'existence d'un rein en fer à cheval, et la présence d'un seul testicule est une probabilité en faveur d'un rein solitaire, ce que l'examen cystoscopique viendra confirmer (un seul uretère).

Ces cas sont exceptionnels, et le plus souvent on a affaire à des conditions normales. Une fois que l'on a reconnu qu'un rein est malade, est-il facile de reconnaître si l'autre rein est sain? L'examen cystoscopique n'est pas toujours concluant, et le cathétérisme des uretères n'est pas pour l'orateur, une opération indifférente, à cause du danger d'infection. Il existe une série de cas dans lesquels on ne saurait diagnostiquer avec certitude une tuberculose rénale ou reconnaître si un des reins est sain.

Peut-on opérer quand l'autre rein est malade? L'orateur se prononce pour l'affirmative, en se basant sur les expériences de Tuffier. Même conclusion pour les cas où la vessie, les testicules ou la prostate sont atteints; l'infiltration tuberculeuse du poumon, si elle n'est pas trop marquée, n'est pas davantage une contre-indication.

Les 18 opérés de tuberculose rénale (12 femmes, 6 hommes), ont donné 6 décès, dont 3 de suite après l'opération. Des 12 survivants, l'orateur retranche un cas, trop récemment opéré pour permettre une conclusion, et distingue plusieurs groupes dans les 11 guéris.

Dans un premier groupe (3 cas), il y a un malade opéré depuis 12 ans, auquel on avait déjà enlevé un testicule tuberculeux; guérison complète. Même résultat pour les deux autres, datant de 9 et 6 ans.

3 autres cas sont guéris depuis 2 ans 1/2; les malades étaient arrivés à un degré avancé de cachexie. Une autre observation concerne une malade de 17 ans, présentant de l'hématurie provenant du rein droit, le rein gauche était tuberculeux, avec un urétère obstrué de matière caséeuse, par lequel le sang n'aurait pu s'échapper. La malade est morte en couches 7 ans plus tard; l'autopsie ne put être faite. Dans un autre cas, la malade vécut 7 ans en parfaite santé : depuis quelque temps, des symptômes indubitables de tuberculose du rein restant se manifestent.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef du Laboratoire de la Maternité

à l'hôpital de la Charité

Traitement opératoire des fibromes *(The Practitioner*, décembre 1899, p. 611), par G. E. Herman. — On n'opère pas un fibrome simplement parce qu'il existe; nous ne connaissons pas les lois qui régissent l'accroissement des fibromes, mais nous savons, qu'en général, quand ils ont atteint un certain volume, ils cessent de croître.

Une des principales raisons qui peuvent décider une intervention est l'hémorragie quand elle menace d'affaiblir la malade et qu'elle ne cède pas aux traitements ordinaires,

Il y a encore la question de volume, le fibrome étant de toutes les tumeurs, celle qui peut atteindre le volume le plus considérable. La question de volume dépend, bien entendu, de la situation du fibromé; une tumeur de moyen volume, mais enclavée dans le petit bassin peut déterminer du côté du rectum ou des voies urinaires, des accidents qui obligent à opérer.

Le développement rapide d'un fibrome peut faire penser à une dégénérescence ou à un sarcome. C'est une raison d'intervenir.

Les opérations qui s'adressent aux fibromes sont nombreuses et varient avec les circonstances. La plus simple est l'ablation quand on peut la faire sans toucher à d'autres organes, par exemple, quand le fibrome est pédiculé et qu'il n'y a qu'à couper le pédicule.

Les fibromes sous-muqueux peuvent s'enlever facilement après dilatation du col ou même incision bilatérale ou médiane. Si la tumeur est tant soit peu volumineuse, il est préférable de la morceler plutôt que d'essayer de l'extraire en bloc.

Si la tumeur est sous péritonéale, on peut l'atteindre par une incision vaginale comme le premier temps de l'hysterectomie. L'âge de la femme et le plus ou moins de dommage causé au tissu utérin décideront si l'opération doit se

compléter par l'hysterectomie ou s'il vaut mieux laisser l'organe en place.

L'incision vaginale, élargie au besoin par une seconde incision antéro-postérieure, permet d'atteindre des fibromes de notable volume, et donne plus de facilité que l'incision abdominale pour la séparation de vessie et la protection des uretères. Ceux-ci, en effet, sont plutôt en rapport avec le vagin qu'avec le péritoine, et il est plus facile par cette voie de les découvrir et de les écarter.

La voie vaginale offre encore cet avantage que le shock est beaucoup moins considérable pour la malade.

Mais quand la tumeur dépasse le volume d'une tête fœtale et ne peut plus être attirée dans le petit bassin, la voie abdominale s'impose. Une fois le ventre ouvert, on peut procéder soit à l'énucléation, soit à l'oophorectomie, soit à l'amputation supra-vaginale, soit à l'hystérectomie totale.

L'énucléation n'est possible qu'autant qu'il est possible de bien refermer ensuite la cavité créée dans la paroi utérine. Si le dégât est trop considérable, il vaut mieux achever l'amputation supra-vaginale.

Dans cette opération, il faut d'abord sectionner les ligaments ronds, de façon à pouvoir mieux soulever l'utérus : lier ensuite les ligaments larges, surtout vers leur extrémité périphérique. Si la femme est jeune et que les ovaires soient sains, il faut les laisser en place. Bien assurer l'hémostase des utérines. Certains chirurgiens s'attachent à bien isoler des lambeaux de péritoine pour recouvrir le moignon : d'autres, à l'exemple de Baer, se contentent de le laisser tel que, et comptent sur les plis naturels du péritoine pour le recouvrir, et les choses n'en vont pas plus mal. Il en est de même du soin avec lequel on fait l'antisepsie du canal cervical.

Il n'y a lieu de faire l'hysterectomie totale et d'enlever le col que quand on a des raisons de redouter des complications malignes du côté de cet organe. Dans ce cas, les utérines doivent être liées plus en dehors, mais il faut se méfier des uretères.

Le traitement des fibromes par l'oophorectomie est une opération à rejeter en principe, parce que la femme exposée aux inconvénients de la ménopause artificielle porte en outre en elle une masse susceptible de dégénérer. Il est bien plus logique d'enlever la tumeur et de laisser les ovaires si la femme est jeune. Il y a cependant des cas très spéciaux où ce sera la seule opération faisable.

Quant au traitement électrique, il est plus dangereux qu'utile, si jamais il a produit aucun effet favorable. R. Blondel.

Recherches sur les suites éloignées de l'opération de la castration chez la femme et sur la valeur de l'opothérapie ovarienne, par le Dr Julien (*Thèse de Lille*, octobre 1899). — L'auteur a interrogé les anciennes opérées du service de M. le professeur Folet et il rapporte, à la fin de sa thèse, ses différentes observations.

Quant à la pathogénie des troubles observés chez différentes malades, l'auteur se rattache à la théorie générale de Brown-Séquard, sur les glandes à sécrétion interne; aussi a-t-il essayé de faire disparaître ces malaises par l'*opothérapie ovarienne*. Il fait alors l'historique de cette médication, Après avoir rappelé que le traitement peut se faire soit par greffes de glande fraîche, soit par injections sous-cutanées d'extraits organiques, soit par ingestion des glandes ; *a*) en nature ; *b*) en extrait glycériné ou liquide ovarique : *c*) en poudre obtenue par dessication ou ovarine, l'auteur déclare ce dernier mode la médication de choix. Acceptée très facilement par la malade, l'ovarine doit être ordonnée pendant un certain temps et provoque alors une action salutaire.

Ce travail, très documenté, se termine par des tableaux synoptiques qui résument toute la série d'observations qui ont amené l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

Il est certain que la castration, chez la femme, amène souvent chez elle des troubles quelque peu gênants, dont l'intensité varie individuellement et qui s'atténuent à la longue, même sans aucun traitement.

Les castrées se plaignent de bouffées de chaleur ou vapeurs, de bouffées de froid, d'un certain état neurasthéniforme. Elles présentent, de plus, des phénomènes congestifs et hémorragiques, de l'adipose, de la chute des cheveux, des modifications du sens génital.

Aussi, l'auteur conseille de conserver autant que possible les ovaires, de détruire leurs lésions par la résection partielle ou l'ignipuncture. Mais quand il y a nécessité absolue de pratiquer une ovariotomie complète, le chirurgien ne doit pas hésiter un seul instant ni songer aux quelques troubles qui peuvent suivre l'intervention et qui seront, à coup sûr, beaucoup plus légers que les souffrances antérieures.

R. Blondel.

Traitement de la vulvo-vaginite par Verchère *Médecine moderne* n° 4 et 5 1900. — *Vulvo-vaginite aigue*. — Au début il faut s'appliquer surtout à calmer les phénomènes aigüs et à localiser en quelque sorte l'infection, de façon à pouvoir agir plus efficacement contre elle. On doit donc se contenter de la balnéation prolon-

gée, des lotions et des lavages externes avec de l'eau bouillie tiède, des injections chaudes prolongées.

Lorsque la muqueuse peut supporter une injection réellement active, c'est le sublimé en solution à 1 0/00 (sans alcool) que préfère Verchère.

Dans l'intervalle des lavages, il faut appliquer des tampons vaginaux et vulvaires. Les premiers seront introduits, avec le secours du spéculum, dès que celui-ci pourra être employé. Auparavant on introduira dans le vagin de longues mèches de gaze, recouvertes d'une pommade. La meilleure est la vaseline iodoformée (30 gr. de vaseline, 10 gr. d'iodoforme) ; mais on peut aussi employer les pommades à l'aristol, au sous-nitrate de bismuth, à l'acide borique.

La glycérine est également un excellent topique dans les infections aiguës. On l'emploie en tampons laissés à demeure pendant vingt-quatre heures.

La vaginite granuleuse devra être modifiée par des cautérisations au nitrate d'argent en solution au 10° ; les cautérisations seront renouvelées tous les deux jours et suivies d'un tamponnement sec à l'iodoforme. Dans la vaginite granuleuse, Verchère recommande aussi des cautérisations au chlorure de zinc au 1/10.

Chez les petites filles, la vulvite est blennorrhagique dans le plus grand nombre des cas ; mais elle peut aussi être simple et dans ce cas guérit à l'aide de quelques lavages tièdes avec une solution boriquée, de grands bains ou des bains de siège répétés, auxquels on ajoute l'application d'une poudre astringente, sous-nitrate de bismuth, alun, amidon.

Vulvo-vaginite chronique. — Chronique, l'infection tend à se localiser dans les glandes de la vulve, notamment dans les glandes vestibulaires, d'où l'on fait sourdre, par la pression, une petite gouttelette blanche. Parfois surviennent des abcès d'origine glandulaire qui peuvent être le point de départ de fistules vulvo-vaginales, vagino-rectales...

On devra traiter les folliculités par des lavages des follicules ou des cavités fistuleuses au moyen de la seringue d'Anel remplie de sublimé, puis par la destruction au galvanocautère. Deux à trois cautérisations répétées à huit jours d'intervalle l'une de l'autre suffisent à obtenir le résultat cherché.

La bartholinite, autre localisation vulvaire de la blennorrhagie, peut-être aigue ou chronique ; contre la bartholinite aigue, on emploie les applications humides chaudes permanentes, les grands bains chauds. Lorsque la suppuration sera manifeste, on ouvrira largement, ou plutôt en pratiquant l'ablation du conduit excréteur et de la glande elle-même.

La vaginite chronique ne guérit que si l'on traite en même temps les autres localisations de la blennorrhagie qui l'accompagnent. Contre la vaginite on utilise les lavages avec la solution de sublimé à 1 0/00 et le tamponnement avec de l'ouate sèche iodoformée.

Si l'écoulement est très abondant et la muqueuse rouge vif, on se trouvera bien d'une cautérisation avec le chlorure de zinc (Fritsch) à la dose de 10 grammes pour 1 litre ou avec du nitrage d'argent à 1/30. A ces divers moyens on associera les grands bains, répétés tous les deux jours, avec la canule vaginale grillagée.

Contre la vaginite sénile, avec écoulement purulent, souvent fétide, il convient d'employer les badigeonnages au nitrate d'argent en solution à 1/30 et le tamponnement avec de la gaze iodoformée.

G. Lyon.

Traitement du vaginisme, par Verchère (*Médecine moderne*, n° 13, p. 97, 1900). — Il existe deux variétés de vaginisme : l'une idiopathique, l'autre symptomatique. Contre la première suffit le traitement du trouble local seul ; dans le vaginisme symptomatique, il faut, avant tout, s'adresser à la lésion primitive originelle. Il est donc très important de rechercher les causes qui peuvent le déterminer. Pour faciliter l'examen, on prescrit, au préalable, un bain tiède chaque jour, d'une demi-heure, trois quarts d'heure de durée, puis, après chaque bain, une onction que l'on renouvellera deux ou trois fois dans la journée avec la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	4 grammes
Vaseline.....	30 —

De plus, avant de pratiquer le toucher, on fera une lotion de l'orifice vulvaire, de la face interne des petites lèvres avec un très fin pinceau de blaireau trempé dans une solution de cocaïne à 20 0/0. Puis on appliquera dans l'orifice vulvo-vaginal un petit tampon de coton hydrophile imbibé de la même solution qu'on laissera à demeure pendant huit à dix minutes. Si ces moyens échouent, il ne reste qu'une ressource, c'est l'anesthésie générale par le chloroforme ou par l'éther.

Dans les cas les plus fréquents, on trouve comme cause du vaginisme, de la vulvité subaiguë (vaginisme des jeunes mariées). Dans ce cas, le repos absolu de l'organe, suffisamment prolongé, amène la guérison. On pratique quelques lotions tièdes d'une solution saturée d'acide borique, on saupoudre la vulve avec une poudre, inerte lycopode, amidon ou mieux

sous-nitrate de bismuth. L'iodoforme, que l'on a préconisé, a contre lui son odeur.

Lorsque c'est une vulvite et une vaginite infectieuse qui ont déterminé le vaginisme, il faut naturellement traiter la blennorragie par les bains, les lotions d'eau de Goulard tiède (Scanzoni) et les applications entre les grandes et les petites lèvres de compresses imbibées de ce liquide. Puis on pratique des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 1/30 ou au 1/60. Au bout de huit jours, Scanzoni emploie des suppositoires vaginaux avec beurre de cacao et extrait de belladone. A ce moment, s'il existe de la contracture, il pratique la dilatation.

S'il s'agit d'une hyperesthésie localisée à une ou plusieurs caroncules, on peut avoir recours à la faradisation.

S'il existe des fissures au niveau des caroncules ou de la fourchette, on les brûle avec la teinture d'iode ou une solution d'hydrate de chloral ou d'acide phénique au 1/100, de tannin au 1/10.

Une simple végétation, un polype de l'urèthre, de la fourchette peut produire le vaginisme; dans ce cas, il faut pratiquer leur résection.

Il faut encore traiter les affections utérines, les déviations, etc. qui peuvent être, dans certains cas, le point de départ du vaginisme.

Pour vaincre la contracture qui accompagne l'hypéresthésie de la muqueuse vaginale, on peut employer la dilatation progressive, la dilatation brusque et les méthodes sanglantes,

Le premier procédé consiste dans l'emploi et l'introduction de mèches progressivement croissantes enduites de pommades balladonnées ou iodoformées, ou dans l'emploi du massage. On se sert plutôt acuellement de bougies d'Hegar, enduites avec de la vaseline cocaïnée.

La dilatation brusque, sous le chloroforme, est le procédé le plus sûr, le plus rapide et le moins douloureux. Elle peut se faire, soit avec les doigts, soit à l'aide d'instruments (spéculum à valves de Bozeman, spéculum de Trélat).

Des méthodes sanglantes, la plus complète est celle de Somo, mais elles sont peu employées.

Le traitement général (bromure de potassium, valérianate d'ammoniaque, hydrothérapie, traitements thermaux : Luxeuil), ne sera jamais négligé.

G. Lyon.

Gélatine dans les metrorrhagies (*Wratch*, n° 48, 1899). — Besdetnoff a expérimenté la gélatine comme hémostatique dans 3 cas de metrorrhagie (métrite, cancer, cause inconnue). La gélatine, en solutions stérilisées à 5-15 0/0, a été employée sous forme de badigeonnages. On n'a obtenu de résultat satisfaisant que dans un seul cas, notamment chez les femmes, chez qui on n'a pas pu déterminer la cause de la metrorrhagie.

A côté de ces observations cliniques, l'auteur rapporte les recherches expérimentales qu'il a faites à ce sujet. Il a fait trois expériences sur des chiens chez lesquels il a enlevé des portions du foie et de la rate, après quoi il a appliqué sur la surface sanglante une solution de gélatine à 10 0/0.

A chaque fois l'hemorragie parenchymateuse s'arrêtait au bout de deux minutes d'action de la gélatine, mais l'hemorragie provenant de vaisseaux plus gros du foie ou de la rate continuait même après 5 minutes d'application de la gélatine.

Somme toute, l'auteur est de cet avis que la gélatine est un bon hemostatique.

J. Roubleff.

Les métrorrhagies des jeunes filles et leur traitement par M. Siredey (*Revue générale de clin. et de thérapeut.*, déc. 1899). — Comment traiter la tendance aux hémorragies que certaines jeunes filles présentent ? Lorsque la santé générale en souffre et que les téguments et muqueuses se décolorent, en même temps que les forces et l'appétit s'en vont, il faut prendre les mesures suivantes : à moins que de sérieuses inquiétudes et certains symptômes (fibromes) autorisent à passer outre les considérations morales et matérielles pour faire un traitement direct par les injections, tamponnements, etc., la règle est de s'en tenir aux moyens suivants : *repos au lit de rigueur, injections rectales très chaudes* avec la sonde à double courant, glace sur le ventre. Plus tard, les malades devront s'aliter pendant toute la durée de leurs règles jusqu'à ce que celles-ci soient devenues normales. S'abstenir surtout des toniques divers, qui achèvent de fatiguer l'estomac, et des ferrugineux qui augmentent la tendance aux hémorragies et que l'on va puiser à la 4e page des journaux.

A. Benoit.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De l'uniformité des préparations magistrales par Crouzel (*Répertoire de pharmacie*, 10 février 1900). — Il y a peu de pharmaciens qui n'aient eu à effectuer des préparations magistrales mal

formulées et, de ce chef, d'une manipulation différente et variable avec le praticien chargé de les exécuter.

Voici quelques exemples de ces formules qui sont de véritables hérésies scientifiques et qui se présentent souvent dans la pratique officinale :

1°	Vin de Malaga.....	500	grammes
	Extrait de quinquina.....	20	—
2°	Citrate de fer ammoniacal.....	5	—
	Essence d'anis....	X	gouttes
	Eau distillée.....	50	grammes
	Sirop simple.....	100	—
	Alcool à 90°.....	100	—
3°	Vin de quinquina..	500	—
	Tartrate ferrico-potassique.....	10	—
4°	Julep gommeux...	150	—
	Alcoolature d'aconit	XX	gouttes
	Alcool à 90°.....	50	grammes
5°	Calomel.....	1	gramme
	Looch blanc.....	150	grammes

Dans la première formule le médecin s'est proposé de donner à son malade un vin beaucoup plus actif que le vin de quinquina ordinaire; mais cette dose d'extrait de quinquina n'est pas complètement soluble dans la proportion de vin de Malaga prescrite; cette préparation ne sera donc pas limpide. Le pharmacien sera donc partagé entre le souci d'obtenir un produit potable et celui de conserver à cette préparation l'activité qu'a voulu lui donner celui qui la formulée. Ces deux objectifs sont impossibles à réaliser à la fois, c'est pourquoi l'aspect et les propriétés curatives pourront être variables suivant que le pharmacien aura opté pour l'un ou l'autre parti.

Par la filtration, on aura certainement une préparation plus agréable à l'œil et au goût, mais on aura sacrifié le degré d'activité à la limpidité, mais le souci de l'action thérapeutique, sur laquelle compte le médecin qui a mal formulé le vin tonique en question, conseillera au pharmacien d'éviter la filtration qui éliminera les 9/10 du principe actif à l'état précipité insoluble, aussi inutilisé qu'inutilisable.

Les mêmes raisons serviront de règle à la préparation de l'anisette ferrugineuse de la deuxième formule.

La troisième formule est aussi absurde et mal conçue que les deux premières. L'association du quinquina et du fer sont ici impossible à réaliser. En effet, si l'on veut avoir une préparation limpide, on ne peut éviter la formation d'un précipité qui éliminera à la fois une forte proportion de fer et certains principes utiles de quinquina. Ici encore les mêmes raisons que dans les cas précédents devront servir de règle aux pharmaciens.

Par la quatrième formule, peu pratique, on obtiendra un breuvage que l'on peut sans danger livrer au malade, car il est imbuvable.

Pour ce qui concerne la cinquième formule, la responsabilité du pharmacien se trouvant gravement mise en jeu par un empoisonnement possible il devra nécessairement prévenir le médecin du danger qu'il fait courir à son malade, ou s'il lui est impossible de prendre cette précaution, il devra effectuer la préparation en conservant le calomel qui est le principe actif et en substituant le looch huileux au looch blanc. Il aura soin toutefois, d'envoyer, sous enveloppe cachetée, au médecin, une lettre pour lui faire connaître les raisons scientifiques qui l'ont obligé à agir ainsi.

L'auteur pense qu'il faudrait établir comme règle générale : 1° Le souci d'obtenir des préparations aussi actives que l'a prévu le médecin doit primer toutes les considérations; 2° Lorsqu'il y a incompatibilité entre certains ingrédients ; que les lois de la chimie s'opposent à l'association de deux ou plusieurs de ces ingrédients ou encore que les nouveaux produits qui peuvent ou doivent en résulter font courir un risque à la vie du malade ou sont plus ou moins actifs que l'ensemble de ceux employés dans la formule, le pharmacien doit avertir le médecin, lorsque cela est possible ou dans le cas contraire refuser d'effectuer la préparation qui lui est demandée ; 3° lorsqu'aucun des cas précédents n'existe, les prescriptions médicales doivent être effectuées sans souci de l'ignorance de celui qui les a conçues. et cela, dans le but d'avoir des préparations identiques dans toutes les pharmacies.

E. Vogt.

L'alimentation par voie sous-cutanée (*Deutsche med. Zeitung* 22-25 janvier 1900). — Lœwenthal rappelle que l'alimentation par l'estomac est dans quelques cas impraticable (aliénés récalcitrants, vomissements incoërcibles des hystériques et des femmes enceintes, rétrécissements, etc.). Cette même alimentation est contre-indiquée dans d'autres cas (ulcère rond, perforation intestinale, diarrhées chroniques, athrepsie, etc.). Les lavements nutritifs présentent l'inconvénient de ne pouvoir fournir à l'organisme des hydrocarbures et des graisses en quantité suffisante ; le rectum devient d'ailleurs rapidement intolérant. On a par conséquent songé à utiliser la voie hypodermique ou intra-veineuse, et la question, restée longtemps stationnaire, semble actuellement attirer de nouveau l'attention.

Leube peut-être considéré comme le premier chercheur ayant procédé scientifiquement dans ce domaine. Il a posé en principe que les albuminoïdes, non assimilables, le plus souvent non stérilisables, fréquemment très irritants, ne sauraient être utilisés pour l'alimentation par voie sous-cutanée. Les albumoses et les peptones sont toxiques et éliminés pour la plus grande part en nature. Les hydrocarbures, à l'exception des sucres, présentent de même de grands inconvénients. Les solutions de sucre de raisin, injectées à hautes doses, provoquent des douleurs, des inflammations, etc. On ne peut les injecter qu'à des doses trop faibles pour être utiles. Restent les graisses qui se prêtent tout spécialement à l'injection hypodermique : elles ne produisent aucune irritation et sont entièrement assimilées.

Ces conclusions de Leube ont paru trop absolues à divers auteurs, mais les essais sur l'homme ont confirmé les assertions de Leube. 28 malades de l'hôpital d'Altona ont reçu en tout plus de 500 injections d'huile d'olives stérilisée (60 grammes à la fois en moyenne), et l'on a pu reconnaître que la résorption se fait sans encombre et a pour conséquence un ralentissement dans la désassimilation des albuminoïdes.

Il semble d'un autre côté que Blum ait découvert un albuminoïde assimilable par voie sous-cutanée : il s'agit du protogène, poudre jaune contenant 12,7 0/0 d'azote, facilement soluble et non coagulable. On l'obtient en faisant agir l'aldéhyde formique sur l'albumine de l'œuf. Les solutions sont stérilisables. Les résultats de Blum, obtenus sur une malade atteinte de cancer du pylore, ont été très encourageants, et il est probable qu'on arrivera incessamment à tirer un parti considérable de ces recherches.

Nous ferons remarquer à ce propos que les résultats obtenus par Burlureaux et d'autres, au moyen d'injections à hautes doses d'huile créosotée, pourraient peut-être être interprétés dans le sens indiqué.

E. Vogt.

L'aspidosperma Quebracho en thérapeutique par Virginius W. Gayle (*Mercks archives*, décembre 1899). — Des deux variétés de quebrachole blanc, et le rouge, le premier seul est employé. Il y a une autre variété l'aspidosperma payta qui possède deux alcaloïdes : la paytine et la paytamine, ressemblant en pharmacologie aux alcaloïdes du vrai quebracho.

Le quebracho blanco est un arbre de taille élevée. Les alcaloïdes qu'on en tire sont l'aspidospermine, la québrachine, l'hypoquébrachine, la québraquinine, l'aspidospermatine et l'aspidosamine ; l'écorce contient aussi du quebrachol.

L'aspidospermine du commerce est reconnue pour être un mélange de tous les alcaloïdes avec d'autres corps. Dose : 0,001 gramme.

Dans l'Amérique du Sud le quebracho est considéré comme un antipériodique de grande valeur, se rapprochant comme une efficacité de la cinchonine; il est apprécié comme antipyrétique. On l'emploie aussi avec avantage dans la dyspnée cardiaque ou asthmatique. Dans beaucoup de cas de dyspnée produite par emphysème et bronchite chronique le quebracho est un palliatif puissant.

Les injections hypodermiques de chlorhydrate d'aspidospermine à la dose de 0,05 grammes ont été fréquemment administrées pour abaisser la température dans la fièvre typhoïde. Guetman administre l'aspidospermine à hautes doses comme fébrifuge. Picot dit que le quebracho est excellent pour faciliter la respiration et devrait être employé par les cyclistes. Dans les inflammations des muqueuses le quebracho diminue le pouls et abaisse la température. Il soulage la cyanose en agissant sur la respiration. Enfin, le quebracho est le meilleur médicament connu jusqu'ici pour soulager la dyspnée. C'est la digitale du poumon. Il semble que son effet s'exerce surtout sur le centre de la respiration. Dans l'œdème du poumon qui complique souvent le goître exophtalmique le quebracho est un bon remède, comme il l'est aussi dans la dyspnée de la maladie de Bright.

Le quebracho est amer au goût et cause quelquefois un état congestif de la face ; il provoque de la transpiration et de l'assoupissement. Il ne cause aucun trouble de la digestion sinon par exception un peu de nausée.

Dans les cas de dyspnée asthmatique où les paroxymes éclatent avec une grande intensité, le quebracho donnera une amélioration sensible, sous forme d'extrait fluide additionné de sirop; cette préparation stimule la fonction rénale et le système glandulaire (glandes salivaires et intestinales surtout).

Le quebracho est aussi considéré comme un bon remède dans l'athérome artériel et dans la dégénérescence du myocarde.

E. Vogt.

Action thérapeutique du pyramidon (*Wratch*, n°s 50 et 51, 1899). — Korovitjky a administré le pyramidon dans plus de 70 cas. Comme maladie ces cas se décomposent ainsi : fièvre typhoïde, typhus, pneumonie, variole, érisypèle de la face, tuberculose pulmonaire, névrite

multiple, rhumatisme articulaire aigu, céphalée d'origines diverses.

Le mode d'administration de pyramidon a été le suivant : Lorsque la température montait a 39-39,5 on donnait au malade un ou deux paquets contenant chacun 0 gr. 10 à 0 gr. 50. L'abaissement de la température se faisait progressivement, le plus souvent au bout de deux heures et était de 1 à 2 degrés, rarement plus prononcé et persistait au moins pendant 4 à 6 heures, assez souvent au bout de ce laps de temps la température tombait à la normale.

L'abaissement de la température s'accompagne souvent de sudation peu prononcée. Jamais on n'a observé de symptômes cardiaques. Le pouls se fait plus lent, plus plein et plus mou. On n'a pas observé d'augmentation de la diurèse. L'état général s'améliore toujours. Le pyramidon a exercé une action particulièrement favorable chez les typhiques sur la céphalie, les douleurs, le délire et sur l'excitation nerveuse. L'élévation de température consécutive se fait sans frisson et d'une façon générale sans aucun des inconvénients qu'on observe habituellement dans l'administration d'autres antipyrétiques.

Il en a été de même pour la pneumonie, l'érisypèle et la variole. Là encore le pyramidon exerce une action favorable sur les phénomènes douloureux. De sorte que Korovitjky en se basant sur les nombreuses observations que nous venons de résumer rapidement croit pouvoir se prononcer pour l'administration du pyramidon dans tous les cas où il est nécessaire d'abaisser la température fébrile. Le pyramidon par sa sûreté et sa rapidité d'action ne le cède en rien à d'autres antipyrétiques, tout en présentant sur eux les avantages que voici : l'abaissement de la température se fait rapidement, mais progressivement ; cet abaissement persiste pendant longtemps et enfin — chose des plus essentielles — le pyramidon est absolument inoffensif, n'exerce pas d'action déprimante sur le cœur et n'agit pas défavorablement sur la composition du sang.

Ajoutons que le pyramidon peut être administré soit en paquets, soit en solution à 1 0/0.

J. Roubleff.

Heroïne comme narcotique (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 12, 1899). — Dombrovsky a administré l'héroïne à l'intérieur (de 0,006 millig. à 0,01 centig. à la fois, trois ou quatre fois par jour) dans différentes affections des voies respiratoires et s'en est trouvé fort satisfait.

L'action de l'heroïne s'est manifestée le plus nettement par le ralentissement des mouvements respiratoires dans l'inflammation croupale pulmonaire, où le nombre initial des mouvements, 56, tombait à 38.

En outre l'heroïne a exercé une action anesthésique (le point de côté disparaissait) ce qui très probablement résulte de la diminution du nombre des mouvements respiratoires.

Dans quelques cas l'heroïne a amélioré la toux, ce qu'on n'a pas pu obtenir par le chlorhydrate de morphine.

D'une façon générale, conclut Dombrovsky, l'heroïne est préférable à la morphine aussi bien par une rapidité relativement plus grande d'action que par ce fait qu'on peut l'administrer avec succès à des doses plus petites que la morphine.

J. Roubleff.

Action de l'argent métallique soluble (*Medicinskœ Obosrenie*, n° 1. 1900). — Dvoretsky rapporte 5 cas d'affections chirurgicales dans lesquelles il a employé des frictions locales et générales avec l'onguent d'argent colloïdal (argentum colloidale). Pour chaque friction, on prend 1 à 3 grammes d'onguent. Dans deux cas de large phlegmon du bras et de septicémie générale on a obtenu la guérison rapide après quatre frictions faites dans le dos ; quant à l'amélioration de l'état général et des phénomènes locaux, on a pu la constater dès les premières frictions.

Dans un cas d'érysipèle de la plante du pied, la guérison a été obtenue après 3 frictions (2 grammes d'onguent pour chaque friction sur la région malade).

Chez un garçon atteint de furonculose généralisée et de septicémie chronique, trois frictions (1 gramme d'onguent pour chaque friction) ont amené la disparition de petits furoncles et la diminution du nombre des gros.

Dans un cas d'ostéomyélite du fémur et de septicémie chronique chez un garçon de 9 ans, les frictions en question pratiquées pendant 6 jours (dans la région dorsale) ont contribué à l'amélioration de l'état général et le petit malade a commencé à marcher librement.

Enfin, dans un cas de fièvre puerpérale et dans un cas d'ostéomyélite chronique, six à sept frictions ont déterminé une amélioration considérable.

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

CRÉOSOTE (*suite et fin*)

Lavements :

Créosote	1 gramme
Jaune d'œuf, n° 1	
Lait	200 —

Ou

Huile d'olives	300 —
Créosote	30 —
Laudanum de Sydenhan	3 —

Verser deux cuillerées à soupe de cette solution dans un verre d'eau tiède. Pour un lavement (émulsionner avec un jaune d'œuf).

Créosote	10 grammes
Teinture de Quillaya	80 —
Eau	60 —

Chaque cuillerée à soupe contient 1 gr. de créosote (à verser dans un verre d'eau tiède, pour un lavement).

(Nota : La saponine peut quelquefois déterminer des accidents).

Créosote }	ãã 10 grammes
Savon amygdalin }	
Eau	130 —

Triturez le savon dans la créosote, ajoutez l'eau chaude et filtrez. Une cuillerée à soupe renferme 1 gr. de créosote. Ajoutez une cuillerée à un verre d'eau tiède pour un lavement.

Mixtures :

Créosote }	ãã 5 grammes
Huile d'amandes douces }	

V à X gouttes, dans un peu de lait, plusieurs fois par jour (vomissements).

Teinture de quinquina ou de gentiane	10 grammes
Créosote	5 —

XV gouttes trois fois par jour, dans de l'eau gazeuse ou du lait.

Pilules :

Créosote	0 gr. 10
Savon amygdalin qs.	pour une pilule.

Le savon amygdalin est l'excipient de choix. Ne jamais se servir de magnésie calcinée ou d'hydrocarbonate de magnésie dont les combinaisons avec les phénols de la créosote se traduisent par la transformation de la masse pilulaire en un bloc dur, dont la désagrégation dans le tube digestif est des plus douteuses.

Créosote	10 grammes
Phosphate de chaux précipité	5 —
Poudre de savon séchée à l'étuve	10 —

pour 100 pilules (Yvon),

Pommades :

Créosote	5 grammes
Lanoline }	ãã 25 —
Axonge }	
Huile d'olives }	

pour frictions (V. Gilbert).

Solutions aqueuses :

Créosote	1 gramme
Eau	100 —

Filtrez pour séparer l'excès de créosote (pansement des plaies).

Créosote	10 grammes
Alcool	200 —
Glycérine	20 —
Eau	770 —

pour pulvérisations.

Créosote	5 grammes
Teinture d'eucalyptus	30 —
Eau	1 litre

pour inhalations.

Solutions pour injections hypodermiques :

Créosote	10 grammes
Huile d'olives stérilisée	150 —

Injectez 5 à 20 grammes par jour (on a injecté davantage, 30, 40 et même jusqu'à 150 gr.

(Burlureaux.)

Vin :

Créosote.....	13 gr.	20
Teinture de gentiane.	20	—
Alcool de Montpellier	250	—
Vin de Malaga.....	Qs. p. 1 litre	

(0 gr. 20 de créosote par cuillerée à soupe).

(Bouchard et Gimbert).

Carbonate de créosote (Créosotal)

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES :

Substance meilliforme, insoluble dans l'eau : soluble dans les huiles, l'alcool, la glycérine. Pas de saveur caustique.

FORMES PHARMACEUTIQUES ET POSOLOGIE :

Employé en solution huileuse à l'intérieur.

4 — 15 grammes, adultes
1 — 5 — enfants

FORMULES :

Créosotal.....	14	grammes
Huile de foie de morue	160	—

(Un gramme par cuillerée à soupe).

Tannate de créosote (Créosal)

Contient 60 0/0 de créosote et 40 0/0 de tannin; n'est pas un composé défini.

Crésol (crésylol)

L'un des principes du goudron de houille ; on peut en faire la synthèse au moyen du toluène.

Cristaux peu solubles dans l'eau, très solubles dans la glycérine et dans l'alcool.

SOLUTION

Paracrésylol pur.....	30	grammes
Savon amygdalin pulvérisé.....	15	—
Eau distillée.....	100	—

(Choay.)

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les étudiants en médecine au régiment. — Le rapport de Camille Pelletan fait ressortir l'insuffisance de notre corps médical au point de vue du nombre, surtout si l'on établit une comparaison entre notre armée et les armées étrangères. Il a d'ailleurs été facile de constater que, lors de l'occupation d'In-Salah, la colonne était dépourvue de médecin militaire, et que le service a été, jusqu'à ces derniers jours, assuré par un vétérinaire. Justement frappé de cette pénurie, et aussi soucieux de ne pas grever par de nouvelles dépenses le budget déjà si lourd de la guerre, M. Lachaud, député, vient de déposer une proposition de loi ayant pour but de mettre à la disposition exclusive des médecins-majors les étudiants en médecine qui auront à faire du service militaire. On sait, en effet, que les étudiants en médecine sont aujourd'hui, à de très rares exceptions près, perdus dans la masse du régiment, et que leurs connaissances spéciales sont, par suite, inemployées. Il est certain, pourtant, que ces étudiants formés au régiment, au point de vue médical, pourraient, non seulement en temps de paix, mais en campagne, rendre d'inappréciables services. Aux termes de la proposition de M. Lachaud, les étudiants en médecine seraient appelés sous les drapeaux après avoir pris leur huitième inscription et subi l'examen de physiologie. A leur arrivée au régiment, ils seraient comme simples soldats, mis à la disposition des médecins militaires pour alléger leur service et faciliter leur tâche. Ces jeunes gens seraient utilisés pour les besoins du service médical et instruits sur le fonctionnement et les divers réglements de la médecine militaire.

Sanatorium pour tuberculeux dans le Nord. — M. le Dr Ausset, professeur à la Faculté de Médecine, a fait sous la présidence de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, une conférence très documentée sur la curabilité de la tuberculose dans les sanatoria. Cette conférence, qui a obtenu le plus vif succès, est le début d'une campagne entreprise par plusieurs personnalités du monde médical, pour fonder dans le département du Nord un sa-

natorium pour tuberculeux. Déjà, spontanément des dons s'élevant à la somme de 35.000 francs ont été versés. On pense que la souscription publique va s'ouvrir officiellement bientôt et que les 500.000 francs nécessaires pour mener à bien cette œuvre ne tarderont pas à être trouvés dans cette région du Nord, dont l'admirable élan de générosité a permis de fonder, il y a quelques années, l'Institut Pasteur de Lille.

Congrès de l'Education physique de 1900. — Le Congrès international de l'Education physique a constitué son bureau : Vice-président : M. le Dr Bouchard. La Commission d'organisation comprendra en outre MM. les Drs Binet, Conilleau, Fernand Lagrange, Marey, Tissié. Ce Congrès se tiendra à Paris, au Palais des Congrès, pendant l'Exposition, du 30 août au 7 septembre.

BIBLIOGRAPHIE

Les armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants,* par les Drs H. Nimier, médecin principal de 2e classe, professeur au Val-de-Grâce et Ed. Laval, médecin aide-major de 1re classe. (1 vol. in-12 avec gravures, 6 fr. — Félix Alcan, éditeur).

Cet ouvrage continue la série des travaux des auteurs sur les armes de guerre, dont les deux premiers volumes, récemment parus, étaient consacrés *aux Projectiles des armes de guerre* et *aux Explosifs, aux poudres et aux projectiles d'exercice.*

Le tempérament spécial de certains peuples — le peuple français a toujours été de ce nombre — leur fait pratiquer l'emploi de l'arme blanche plus volontiers que d'autres. On conviendra que les lésions par armes blanches, tout en devenant moins communes que jadis, ne doivent pas être tenues pour négligeables. D'ailleurs, les expéditions coloniales incessantes à notre époque, sont fertiles en ce genre de lésions; bien que l'adoption des armes à feu soit le premier résultat de la conquête européenne, le sabre, la lance et la flèche sont les armes nationales des tribus sauvages, celles dont elles se servent avec le plus d'habileté et souvent avec succès.

Les auteurs ont consacré la première partie de leur livre, de beaucoup la plus importante, à l'étude des armes offensives : baïonnette, sabre, lance et flèche.

La seconde partie a trait aux armes blanches défensives; celles-ci sont depuis longtemps abandonnées, la cuirasse elle-même tombe en désuétude; c'est par leur courte étude, à un point de vue exclusivement historique, que MM. Nimier et Laval terminent leur intéressant ouvrage qui recevra sans nul doute le même accueil que les précédents.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, *Anatomie, pathologie et petite chirurgie,* par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er janvier 1900. Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Leur but a été de faciliter la tâche de l'étudiant; non seulement ils lui donnent sous une forme aussi synthétique que possible, la matière des questions qui sont données d'une façon courante, mais ils ont surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadés que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, ils ont dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de *schéma,* quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

L'ouvrage luxueusement imprimé, est illustré de très nombreuses figures originales. Ce sera le guide indispensable à l'étudiant qui commence son stage hospitalier.

Nlle Imprimerie, R. Lesnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix Henri Buigmet : 1500 fr. — A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 fr. pourrait être partagée en deux prix de 1500 fr. chacun.

Prix Campbell Duperris : 2300 fr. (Biennal). — Au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron : 1000 fr. — Question : Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.

Prix Chevillon : 1500 fr. — A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 800 fr. — Question : Des diverses formes de la démence.

Prix Clarens : 100 fr. — A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet : 1000 fr. — Les travaux devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes : 1300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret : 700 fr. (Biennal). — Question : Des somnambulismes.

Prix Ernest Godard : 1000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz) : 1200 fr. (Quadriennal). — Question : Traitement abortif du tetanos.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3000 fr. — A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie : 5000 fr. — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du barron Larrey : 500 fr. — Ce prix qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de la statistique médicale,

Prix Laval : 1000 fr. — Décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre : 1800 fr. (Triennal). — Question : De la mélancolie.

Prix Henri Lorquet : 300 fr. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2600 fr. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne : 1500 fr. — Destiné à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission, adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle : 300 fr. — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont : 1000 fr. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (Chirurgie).

Prix Portal : 600 fr. — Question : Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.

Prix Pourat : 700 fr. — Question : Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.

Prix Santour : 4400 fr. (Biennal). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Strnski : 1400 fr. (Biennal). — A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois : 700 fr. — Au meilleur travail sur l'hygiène.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 1er décembre 1901.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1902.

Une somme de 1500 fr. sera attribuée à chaque stagiaire.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA PHTISIE PULMONAIRE

Après avoir été très souvent prescrite, puis un peu délaissée, la créosote mieux étudiée, rentre de nouveau en faveur. C'est que le traitement médicamenteux par l'iode, le tannin, les phosphates, la créosote, ne peut que produire les plus heureux résultats lorsqu'il est bien ordonné ; il devient même indispensable pour les malades peu favorisés de la fortune qui ne peuvent entrer dans un sanatorium ou même suivre le traitement hygiénique nécessaire. Ce qui a fait dire au Dr Burlureaux, que la créosote de hêtre est l' « hygiène du riche mise à la portée du pauvre ».

Il ne faut pas oublier, dit le Dr Le Gendre, avant d'accuser la créosote de troubler les organes digestifs, « qu'elle a été, avec raison, préconisée comme eupeptique, et qu'en tout cas on se met à l'abri de toute action irritante en donnant le médicament aux repas et sans lui adjoindre de substances irritantes comme l'alcool ». La même opinion est partagée par le Dr Manquat qui donne la créosote à tous les repas à la dose de quelques centigrammes,

Les capsules Dartois seront, dans tous les cas, la préparation de choix. Elles contiennent chacune 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre redistillée et titrée, dissoute dans 20 centigrammes d'huile de foie de morue, quantité suffisante pour éviter toute action caustique, La dose de trois ou quatre capsules à chaque repas peut être longtemps continuée sans le moindre inconvénient. C'est la préparation la plus commode, la plus active et la plus économique, ce qui a bien son importance pour un traitement qui doit être généralement de longue durée (*Bulletin médical*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Par le Dr G. Lyon,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris (1).

(*Suite et fin.*)

A côté des lavages, il convient de faire une place importante aux *grands lavements huileux*, qui, selon Fleiner, seraient le remède par excellence, dans les cas où il existe du spasme de l'intestin.

Fleiner fait passer 400 à 500 grammes d'huile dans l'intestin, le malade étant couché, s'inclinant d'abord à gauche pour faire pénétrer l'huile dans l'S iliaque, puis à droite pour favoriser le passage dans les autres parties du gros intestin. Suivant Fleiner, l'huile pure non décomposée protégerait la muqueuse contre le contact des scybales indurées. A cela se bornerait son rôle dans les parties inférieures du gros intestin; mais dans les parties supérieures, il y aurait digestion, décomposition de l'huile en glycérine et en acides gras, et elle acquerrait alors des propriétés laxatives (Mathieu).

Quoi qu'il en soit du mode d'action des lavements huileux, il est certain qu'ils agissent favorablement et déterminent des débâcles faciles, sans doute parce qu'ils facilitent le glissement des scybales le long des parois de l'intestin. Seulement ils ont l'inconvénient de mettre à l'épreuve la patience des malades, car la pénétration d'un demi-litre d'huile dans l'intestin exige de vingt minutes à une demi-heure.

Nous associons habituellement les grands lavements huileux à l'entéroclyse : lorsque nous inaugurons un traitement, nous faisons d'abord prendre au malade de l'huile de ricin, puis nous lui prescrivons un lavement huileux et nous terminons par une série de six ou huit lavages. Grâce à l'emploi combiné et successif de ces divers moyens, on arrive toujours à provoquer des débâcles suffisantes pour débarrasser l'intestin des scybales et des muco-membranes qui s'y trouvent accumulées.

Les lavages calment indirectement les douleurs en débarrassant l'intestin de son contenu irritant ; néanmoins on est souvent obligé d'employer d'autres moyens dans l'inter-

(1) Extrait de l'*Entéro-colite muco-membraneuse*, 1 volume de la collection de l'*Œuvre médico-Chirurgicale* (Directeur : Dr Critzman): vient de paraître chez G. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

valle des lavages, quand les malades continuent à souffrir. Les plus simples ne sont pas les moins efficaces ; citons en première ligne les *grands bains chauds* prolongés. Comme leur emploi répété pourrait affaiblir les malades, on les remplace avantageusement par les applications sur le ventre de compresses humides chaudes recouvertes d'une enveloppe imperméable et d'une bande de flanelle. On peut aussi, au lieu de compresses chaudes, faire des applications froides locales (compresse de Priessnitz) ; l'action sédative est la même, puisque la compresse, recouverte également d'une enveloppe imperméable, s'échauffe au bout de quelques instants ; de plus, la constipation paraît favorablement influencée par ces applications froides.

A l'intérieur on a proposé l'emploi de tous les calmants connus ; G. Sée prescrivait le *bromure de calcium* à la dose de 1 à 8 grammes et l'*extrait gras de cannabis indica* à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour, dans un julep gommeux. L'opium et ses dérivés sont contre-indiqués parce qu'ils exagèrent la constipation ; la *belladone* est au contraire le sédatif de choix, comme étant très active et exempte de l'inconvénient inhérent à l'opium ; on la prescrit sous forme de teinture (X à XX gouttes) ou en pilules :

Extrait de belladone.....	ãã 0 gr. 01
Poudre de racines de belladone.....	

pour une pilule. En prendre une matin et soir. Il est nécessaire d'en prolonger l'usage pendant quelques jours pour donner un repos de quelque durée aux malades.

M. Mathieu emploie également le *menthol* :

Menthol.....	0 gr. 20
Alcool.....	Q. S. p. dissoudre
Sirop simple.....	25 grammes
Eau.....	100 cc.

Il est nécessaire de traiter les troubles gastriques qui accompagnent habituellement l'affection intestinale. Toutefois il convient d'être très sobre de médicaments à cet égard et de s'en tenir surtout au régime alimentaire.

Quand il y a une hyperchlorhydrie accentuée et qu'aux douleurs intestinales s'ajoutent les douleurs gastriques, il faut réduire l'alimentation et la faire consister presque exclusivement en laitage, œufs, viandes pulpées et prescrire l'*eau de Vichy tiédie au bain-marie* et additionnée d'une petite quantité de *sulfate de soude* (3 à 4 gr.) ; ce dernier traitement ne doit pas être employé trop longtemps (douze à quinze jours au plus).

Si le malade est atteint au contraire d'hypopepsie avec distension gazeuse, le bicarbonate de soude à petites doses et pris à distance des repas est indiqué. On peut également prescrire, au cours du repas, la *strychnine* (deux milligrammes à chaque repas) ou les *gouttes de Baumé* (IV gouttes), ou bien encore la *teinture de noix vomique*. Nous ferons remarquer cependant que nous avons constaté assez souvent une intolérance toute spéciale de nos malades pour ces derniers médicaments, qui déterminent parfois de vives douleurs.

Le traitement général a la plus haute importance.

Pour combattre les troubles nerveux d'ordre neurasthénique, il faut avoir surtout recours aux moyens externes, car les médicaments n'ont que peu d'influence sur ces troubles. Comme calmants on utilisera seulement le *valérianate d'ammoniaque* de préférence aux bromures, toujours irritants pour l'estomac.

Les *bains chauds prolongés* calment l'éréthisme nerveux. On prescrit habituellement les *douches chaudes* à 38° ou 40°, car l'eau froide est souvent mal tolérée. Lorsque les malades ont une bonne réaction, on peut cependant leur recommander l'*eau froide* (dou-

che ou enveloppements froids). Il faut avoir soin de veiller à ce que le jet d'eau ne soit pas dirigé sur le ventre.

A l'hydrothérapie on associera, avec avantage les *frictions sèches au gant de crin* ou les *frictions à l'alcool*.

Nous avons déjà signalé l'action favorable du *massage* sur la constipation ; le massage général est encore indiqué comme exerçant une influence générale sur la nutrition.

L'*électrisation statique* a été préconisée par quelques médecins. P. Dignat emploie les bains statiques avec effluves, frictions électriques et décharges d'étincelles sur la paroi abdominale.

Ce traitement vise surtout l'état général, les troubles nerveux ; sous son influence les forces se réveillent, les phénomènes d'éréthisme nerveux s'amendent. Il est difficile de lutter contre l'anémie, contre la faiblesse de certains malades gravement atteints ; les médicaments tels que le fer et l'arsenic sont habituellement mal tolérés. On pourra utiliser les *injections sous-cutanées de cacodylate de soude* (0 gr. 05) qui ont l'avantage de respecter les voies digestives.

D'autre part l'anémie et la faiblesse sont entretenues par une alimentation insuffisante, soit que les malades n'aient pas d'appétit, soit qu'ils appréhendent de manger, en raison des douleurs qu'ils ressentent, surtout pendant la période digestive. Dans ces cas, il faut essayer de tourner la difficulté en donnant aux malades les aliments les plus nourrissants sous le plus petit volume : œufs, poissons, viande pulpée. Le képhir est également utile, mais il n'est pas toujours bien supporté.

On a préconisé les *injections sous-cutanées* de *sérum artificiel* comme un moyen efficace de relever les forces.

Le *changement d'air*, le *repos physique et intellectuel* s'imposent chez les malades affaiblis par les douleurs, l'insomnie, l'alimentation insuffisante, etc. Le séjour en montagne est particulièrement recommandable.

Le traitement thermal est un complément indispensable des autres modes de traitement. Si, dans certaines stations, comme Plombières, Luxeuil on peut attribuer l'action de ce traitement aux moyens locaux que l'on y emploie (douches ascendantes), c'est à l'action calmante des grands bains répétés et prolongés qu'il faut rapporter en général les améliorations très notables constatées chez la plupart des malades. D'ailleurs beaucoup d'entre eux supportent fort mal les douches rectales ascendantes à forte pression ; ces douches provoquent des crises douloureuses et parfois des poussées inflammatoires inquiétantes, de sorte que le traitement thermal devient plutôt préjudiciable qu'utile. Les médecins qui pratiquent dans les stations thermales où l'on traite les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ont reconnu qu'il était nécessaire de substituer à la douche ascendante, les simples lavages à faible pression, exécutés dans le décubitus dorsal tels qu'on les pratique au lit du malade.

Plombières est la station la plus fréquentée par les malades ; les phénomènes nerveux s'y amendent vite : les douleurs abdominales, l'état spasmodique de l'intestin disparaissent rapidement sous l'influence de la balnéation. *Néris*, *Royat* agissent dans le même sens que Plombières. *Châtel-Guyon*, dont l'eau est employée en boisson, est particulièrement indiquée contre la constipation.

Pougues, *Vichy*, *Carlsbad* conviennent aux cas où les troubles gastriques, où l'acholie présentent une prédominance marquée. On fera alterner avec avantage une cure à l'une de ces dernières stations et une cure à Plombières.

Les malades reviennent presque toujours améliorés de Plombières, mais il est nécessaire que, plusieurs années de suite, ils retournent s'y soumettre à un nouveau traitement pour maintenir cette amélioration.

Telles sont les règles générales du traitement dans les formes chroniques. Les résultats de ce traitement sont des plus variables ; ses effets sont subordonnés en grande partie à l'intensité de la maladie, à son ancienneté.

C'est dans les cas récents, chez les malades qui n'ont pas été soumis à des traitements intempestifs, chez qui les infections secondaires de l'intestin n'ont pas eu le temps de se produire, que l'on obtient les meilleurs résultats, souvent dans un bref délai. Il suffit parfois d'instituer un régime approprié et d'associer à ce régime l'emploi de quelques laxatifs doux, du massage de l'intestin, pour obtenir la guérison. Malheureusement, il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas. Le plus souvent on est appelé à traiter un malade qui a négligé la constipation dont il était atteint depuis longtemps, qui s'est médicamenté à outrance, qui a fréquemment des atteintes de fièvre, avec douleurs vives, débâcles diarrhéiques, dues à de l'entérite par infection secondaire, ou bien qui est tombé dans un état de dénutrition extrême, est devenu profondément neurasthénique a perdu tout repos, tout sommeil. Dans ces conditions, les résultats du traitement sont aléatoires ; son application exige de longs et patients efforts. Néanmoins, même dans ces cas graves, on peut obtenir sinon des guérisons absolues, tout au moins de très notables améliorations ; mais le praticien ne doit négliger aucun des moyens propres à faciliter sa tâche ; il doit imposer à son client un repos absolu, le soumettre à un régime alimentaire très sévère, s'efforcer d'abord de calmer les douleurs, de modifier l'état inflammatoire de l'intestin, de remonter les forces et aussi le moral du malade. Il faut se garder des médications intempestives, user même avec prudence des lavages intestinaux, souvent mal tolérés dans les phases subaiguës de l'affection, en tous cas surveiller attentivement leur emploi.

Il convient aussi de n'envoyer aux eaux minérales cette catégorie de malades, que quand tous les phénomènes inflammatoires se sont amendés depuis un certain temps.

Crises douloureuses paroxystiques. — Les crises douloureuses qui simulent les coliques hépatiques, néphrétiques, l'appendicite, etc., précèdent habituellement l'expulsion de scybales ou de pelotons muco-membraneux. Elles nécessitent le *repos au lit*, les *applications de compresses chaudes*, l'emploi de la *belladone* à l'intérieur ou bien en suppositoires ; parfois l'intensité de la douleur est telle qu'elle nécessite une *injection de morphine*. Il faut toutefois être très réservé quant à l'emploi de ces injections, car les malades n'ont que trop de tendance à en abuser et deviennent d'autant plus volontiers morphinomanes qu'ils ont presque toujours des antécédents de nervosisme à leur actif.

La crise douloureuse étant provoquée par le spasme qui entrave le cours des matières, l'indication essentielle est de provoquer l'expulsion des muco-membranes par les *purgatifs* doux et les *lavages*.

Formes fébriles. — Lors des poussées aiguës, fébriles, tout autre aliment que le lait doit être interdit ; on donnera toutes les deux heures une tasse à thé de lait stérilisé ; si le lait est mal toléré, on pourra lui substituer le képhir n° 2. Lorsqu'une amélioration commence à se produire, on associe au lait la viande crue pulpée (150 à 200 grammes par jour), les œufs peu cuits ; dès que les selles deviennent diarrhéiques et sanguinolentes, l'indication des *purgatifs salins* se pose : on fait prendre chaque matin au malade 10 grammes de sulfate de soude ou bien un verre à bordeaux d'une eau minérale purgative très active comme celles de Rubinat, Carabaña, etc. On peut aussi administrer le

calomel, qui agit comme purgatif et antiseptique, mais il convient de ne pas en répéter l'emploi trop fréquemment. Le traitement est à compléter par l'emploi quotidien des grands lavages administrés avec prudence, sous très faible pression. Au bout de quelques jours, si la colite dysentériforme persiste sans modifications, on peut employer les *grands lavages avec une solution étendue de nitrate d'argent* (0 gr. 25 à 0 gr. 30 par litre).

Dès que les selles tendent à redevenir normales, on cesse les purgatifs salins dont l'emploi prolongé entraînerait une constipation opiniâtre et qui, d'ailleurs, exercent sur les glandes de l'estomac une action déprimante.

Dans la forme typhoïde la *diète lactée*, les *lavages* constituent tout le traitement ; on peut employer avec avantage les *bains tièdes* (1).

B. Traitement chez l'enfant.

La forme chronique de l'entéro-colite chez l'enfant est habituellement précédée par une PHASE AIGUE d'entéro-colite qu'il faut traiter comme toute entérite aiguë :

Si l'enfant est au sein, on espace les tétées ; s'il est élevé au biberon, on lui donne du *lait stérilisé* ou plutôt on le soumet d'abord à la *diète hydrique* (eau bouillie, à raison de quatre cuillerées à cafés toutes les demi-heures). Chez les enfants déjà sevrés, le lait doit également constituer l'unique aliment. S'il est mal toléré on donne pendant un jour ou deux ou même davantage des infusions de thé, de la décoction d'orge avec un œuf battu, de la décoction blanche de Sydenham conservée dans la glace (Guinon), puis du bouillon de poulet dégraissé. On calme les douleurs par des applications de *compresses chaudes*, de *cataplasmes*, par des *bains tièdes* à 35° de dix minutes. La fièvre est-elle élevée, dépasse-t-elle 39°, on remplace le bain tiède par le *bains frais*, à 30° d'abord puis à 28°, 25°, renouvelé toutes les quatre heures et d'une durée de cinq minutes.

Comme chez l'adulte, les grands lavages constituent le meilleur moyen de réaliser l'antisepsie de l'intestin (3 grammes de borate de soude par litre d'eau bouillie) ; mais les lavages peuvent provoquer des douleurs au début de la maladie et doivent être employés avec prudence ; il ne faut pas introduire à la fois plus de 400 grammes de liquide. Il vaut mieux même n'en faire usage que quand les bains, la diète hydrique ont modéré l'intensité du processus inflammatoire.

Pour calmer le ténesme, on peut faire usage du *laudanum* (une à trois gouttes, suivant l'âge, en lavement dans une cuilleré d'eau à 40°), et de l'*antipyrine* (0 gr. 05 — 0 gr. 10, trois ou quatre fois par jour dans de l'eau alcaline).

Chez les enfants au-dessus de trois ans, on peut employer la *poudre de Dower*.

Quand les selles sont putrides, il est indiqué d'employer le *calomel* à doses fractionnées (0 gr. 01 — 0 gr. 02 en trois ou quatre paquets : un paquet d'heure en heure, pour un enfant d'un an ; o gr. 03 pour un enfant de deux ans).

Quand la convalescence commence, on prescrit chez les enfants sevrés un régime très sévère : panades, soupes au lait, tapioca au bouillon ; lait stérilisé, œufs peu cuits ; crèmes. purées de légumes secs, cervelles, ris de veau, poissons frais. Pas de légumes verts, pas de vin.)

A ce moment, si la constipation s'établit, on la combat avec l'*huile de ricin* ou la *magnésie*.

Quand la colite revêt le caractère dysentériforme, avec selles sanglantes, ténesme, etc.,

(1) Pour plus de détails, en particulier pour le traitement de la Colite chronique chez l'enfant, se reporter au travail original cité plus haut et qu'une erreur d'imprimerie avait fait omettre dans notro dernier numéro (N. D. L. R).

l'*ipéca* est indiqué. On prescrit une infusion de racine d'ipéca (0 gr. 30 — 0 gr. 80 dans 100 ou 200 grammes d'eau).

Si des complications surviennent, s'il y a tendance au collapsus, les *bains chauds*, les *boissons chaudes*, et surtout les *injections de sérum* 100 — 150 grammes (en 2 fois) seront les moyens à employer.

D'ailleurs l'injection de sérum à petites doses (10 à 20 grammes) sera utile chez tous les enfants déprimés.

COMPTE RENDU DES SEANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 14 mars 1900*)

Présidence de M. Albert ROBIN

M. Vogt présente, au nom de M. Emilé Berger, une note concernant des *loupes binoculaires e des lunettes stéréoscopiques*.

Depuis fort longtemps les cliniciens et les hygiénistes ont été vivement préoccupés des nombreux inconvénients que présente, pour l'ouvrier, l'artiste ou le savant, l'emploi prolongé d'instruments d'optique ne servant que pour un seul œil.

1° Cet emploi provoque en premier lieu le surmenage de l'œil qui travaille, et depuis que l'auteur y a prêté attention, il a remarqué, que dans les cas de troubles oculaires dus à une affection générale, l'œil qui sert pour le travail à l'aide d'une loupe par exemple, est toujours le premier ou le plus gravement atteint. Ce fait est en accord complet avec la théorie d'Edinger expliquant la prédisposition de certaines parties aux altérations anatomo-pathologiques quand leur fonctionnement est plus important que celui d'autres parties.

2° L'occlusion de l'œil qui ne travaille pas est fatigante et la suppression psychique de l'image rétinienne de cet œil peut entraîner des conséquences très fâcheuses pour la vision binoculaire et particulièrement le fait que l'image rétinienne de cet œil est négligée également en dehors du travail Les cas de « borgnerie » pour employer une expression de Chibret, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'admet généralement. L'exclusion prolongée d'un œil pendant le travail peut aussi occasionner le strabisme.

3° Le travail monoculaire enlève à l'observateur une part importante de ses capacités techniques. Les ophtalmologistes ayant le mieux étudié cette question, estiment que les compagnies d'assurance doivent à un ouvrier, ayant perdu un œil pendant son travail, une rente viagère du cinquième de son salaire d'avant l'accident. Pour les mécaniciens cette indemnité doit être plus élevée et atteindre 34 0/0 du salaire primitif.

Ces considérations ont inspiré les deux perfectionnements successifs que divers instruments d'optique (télescopes, lorgnons de théâtre, loupes composées, microscope) ont subi. On les a transformés d'abord en instruments binoculaires ; ensuite en appareils stéréoscopiques, c'est-à-dire en appareils permettant à l'observateur de mieux reconnaître le relief, et d'augmenter la vision stéréoscopique, si nécessaire dans les travaux de grande finesse.

Cependant la loupe, simple outil de travail, dans certaines sciences, dans certains arts, dans quelques industries, auxiliaire indispensable de lecture pour les amblyopes, est demeurée ce qu'elle était il y a des siècles.

L'auteur présente un modèle d'appareil transformant la loupe simple en loupe binoculaire et stéréoscopique, dont il a exposé la théorie à l'Académie des Sciences de Paris, le 20 novembre 1899 (note présentée par M. le professeur Lippmann).

Grâce à une action prismatique très forte, deux lentilles convexes, inclinées l'une par rapport à l'autre, donnent d'un objet rapproché deux images très différentes, l'une pour l'œil droit, l'autre pour l'œil gauche. Ces deux images viennent se dessiner sur deux points identiques des deux rétines, et par suite le cerveau les perçoit comme émanant d'un seul objet. La différence des deux images, est cause de l'effet stéréoscopique très marqué que produit la loupe.

L'appréciation du relief ne s'obtient toutefois qu'après un certain entraînement : en général elle atteint assez rapidement une étonnante finesse. Cet effet stéréoscopique ne se manifeste pas chez certains malades (hystérie) ; il se manifeste difficilement chez des gens qui, comme les micrographes et les astronomes se servent habituellement d'un instrument monoculaire.

La nouvelle loupe binoculaire remplace la loupe monoculaire actuellement en usage. Elle en conserve le grossissement et le foyer ; elle rend la vision binoculaire aux savants et aux ouvriers obligés d'être borgnes pendant leur travail. Elle produit un effet stéréoscopique très marqué, effet si nécessaire aux travaux qui nécessitent une grande finesse d'observation ou d'exécution. Elle conserve le foyer et le grossissement de l'ancienne loupe, agrandit le champ visuel, supprime le surmenage de l'œil qui travaillait seul et la fatigue de l'orbiculaire des paupières de l'autre œil qui restait fermé. Elle permet l'observation de l'objet avec une très légère convergence et, dans la plupart des cas corrige l'astigmatisme individuel.

Le presbyte a, en se servant de verres convexes décintrés et inclinés de plus en plus forts selon l'âge, en dehors de l'avantage déjà connu des anciens verres d'un grossissement de plus en plus fort, une diminution de plus en plus grande de la convergence et un effet stéréoscopique qui devient d'autant plus marqué que le verre est plus fort. Le vieillard, dont l'acuité visuelle diminue avec l'âge à cause des altérations séniles de l'œil, bénéficie de l'augmentation de l'effet stéréoscopique des verres dans la vision rapprochée, et reconnaît mieux les objets dans leurs plus petits détails.

Le myope, dont la convergence est toujours difficile à cause de l'allongement de l'axe de l'œil, profite des verres concaves décintrés et inclinés, grâce à une diminution de la convergence et il gagne, par leur effet stéréoscopique, ce qu'il perd par la diminution de la grandeur des images rétiniennes.

L'auteur conseille de se servir au début de numéros faibles. Une mise au point exacte est nécessaire, et pour éviter que l'on ne voit double on commence l'usage de la loupe par l'examen d'un engrenage de montre ou d'un morceau d'ouate effilochée. On regarde en bas à travers les verres de la loupe, par terre, par exemple, on rapproche ensuite l'objet et on voit subitement l'image avec une grande netteté. Quand on voit double pendant l'examen, c'est que l'on a dépassé le foyer. En rapprochant les verres vers les yeux et en les éloignant, on trouve par tâtonnements la position la plus pratique par rapport à l'écartement pupillaire individuel. On remonte ensuite les crochets de la monture, et on fixe ainsi la position des verres pour tout examen ultérieur.

Certains examinateurs ont l'habitude de faire converger fortement les lignes visuelles ; cela est inutile. Pour chercher un outil pendant le travail on n'a qu'à regarder par dessus les lunettes.

M. Roux présente une communication concernant la question des *toxines gastriques*.

Les doctrines régnantes attribuent une part prépondérante aux toxines gastriques dans la genèse de certain nombre de symptômes et de complications des dyspepsies : cette question de doctrine comporte une urgente indication thérapeutique qui est l'antisepsie des voies digestives.

L'auteur soutient des idées absolument opposées et d'accord avec M. A. Mathieu, il déclare qu'en ce qui concerne au moins les toxines gastriques, celles-ci ont été incriminées bien plus théoriquement et par analogie, qu'à la suite d'expériences concluantes. Quels sont, en effet, les arguments fournis par ceux qui leur donnent une si haute importance pathogénique ?

On a dit que la cavité gastro-intestinale est une usine à poison, que les ferments digestifs sont très nocifs, que les peptones ne pénètrent pas sans inconvénient dans la circulation, que les aliments les plus sains contiennent des principes toxiques qui sont des sels organiques et surtout les sels de potasse et que les fermentations digestives donnaient naissance à des toxines déterminées. Enfin, on a incriminé les divers acides qui sont engendrés par la fermentation gastrique.

Que la pepsine, injectée dans le sang des lapins, provoque des vomissements, de la dyspnée,

du coma, des convulsions, etc. Que la trypsine, dans les mêmes conditions, paralyse le cœur et les nerfs, que le ferment inversif soit pyrétogène, que les peptones des digestions normales absorbées par la voie hypodermique, diminuent la coagulabilité du sang, abaissent la tension et puissent causer la mort, quand elles sont injectées en grande quantité, on peut l'admettre avec les auteurs très compétents qui l'ont affirmé à la suite d'expériences bien faites; mais en quoi peut-on s'appuyer sur ces expériences pour étayer la théorie toxique des troubles dyspeptiques, car ni la pepsine, ni les peptones ne pénètrent dans le sang par effraction.

Quant à la toxicité propre des aliments, justice est faite depuis longtemps de la prétendue nocuité des sels de potasse; qu'on donne donc la preuve que l'alimentation habituelle soit plus génératrice de poisons chez un dyspeptique que chez un individu sain où elle répare et n'empoisonne pas.

Mais l'argument le plus important des défenseurs de la théorie toxique, c'est la constatation directe du poison dans le contenu stomacal. Bouveret et Devic sont parvenus à préparer avec les produits de la digestion recueillis pendant un mois dans un cas de tétanie, un extrait alcoolique très convulsivant pour les animaux. Cassaet et G. Ferré ont trouvé dans le contenu stomacal d'hyperchlorhydriques qui n'avaient jamais présenté de tétanie, une substance convulsivante pour les lapins, et qui jouit, en même temps, de propriétés vaso-constrictives, myosiques, anesthésiques et dyspnéiques.

Mais Debove et Rémond ont essayé en vain d'intoxiquer des cobayes avec le contenu de l'estomac d'un dyspeptique qui avait eu des contractions plus ou moins prononcées dans les muscles des membres. L'extrait alcoolique de ce contenu ne s'est pas montré plus actif. Les recherches personnelles de l'auteur confirment tout à fait celles de Debove et Rémond, et il a toujours été frappé de l'innocuité des liquides gastriques ou de leur extrait alcoolique, quand on le faisait ingérer à des animaux, même à assez hautes doses.

Si les toxines précédentes sont sujettes à caution, il n'en est pas de même de la pepto-toxine de Brieger. Cette toxine a été isolée et caractérisée. Pourtant la découverte de la pepto-toxine n'est pas un argument à invoquer. En effet, on la rencontre parmi les produits de la digestion et de la putréfaction des albuminoïdes; mais on la trouve aussi quand on soumet de la fibrine à l'action du suc gastrique. Alors, comment expliquer que chez l'homme sain, la pepto-toxine ne produise pas d'accidents et qu'elle en détermine chez les dyspeptiques. Et puis, on ne connaît pas un seul cas où l'on ait recherché et trouvé la pepto-toxine dans l'estomac d'un dyspeptique. Il n'existe aucune ressemblance entre les convulsions chez les animaux par la pepto-toxine et les accidents divers que l'on attribue chez les dyspeptiques aux intoxications.

On peut donc affirmer que jusqu'à présent on n'a pas trouvé dans le contenu stomacal des dyspeptiques, de poison capable d'expliquer les symptômes que l'on met sur le compte d'une auto-intoxication.

Salkowski enfin, a contredit les conclusions de Brieger. Il résulte de ses recherches que si les albumines et les peptones sont quelquefois toxiques, cette toxicité disparaît par suite de transformations, qui s'accomplissent dans l'estomac et dans l'intestin.

Les microbes. — On a voulu faire intervenir aussi les divers microbes contenus dans l'estomac. Cesaris-Demel et Orlandi déclarent que le coli-bacille acquiert une grande virulence par sa culture dans le suc gastrique. Mais Lesage avait déclaré auparavant que si le coli-bacille se rencontre dans certains estomacs malades, sa virulence était nulle, ce qui jette au moins un certain doute sur la conclusion des savants italiens.

On a aussi invoqué l'existence d'une dyscrasie acide due à l'acide B oxybutyrique que Klemperer a constaté dans l'urine des malades, atteints du cancer de l'estomac; on a accusé successivement, l'acide lactique qui tue les cobayes, à la dose de 1 gr. 50 par kilogramme; l'acide acétique, l'acide butyrique, l'acide valérianique, l'acide propionique, qui provoquent de la somnolence chez les chats, à la dose de 1 gramme par kilogramme, en injection sous-cutanée (Meyer), l'acide oxalique dont on n'a pas, jusqu'ici constaté la présence dans le contenu stomacal, puis l'indol, le scatol, le phénol! Toutes ces accusations ont été portées sans preuves réelles, sur la foi des théories régnantes, et en forçant les analogies.

De même, l'auteur a pu observer les accidents dus à l'auto-intoxication par l'acétone et l'acide oxybutyrique B. D'adord, ces accidents sont extrêmement rares. Il n'en est venu que deux cas à son observation chez des enfants de 7 et 11 ans : Vergely en cite une vingtaine de cas, toujours chez des enfants. Mais, dans toutes ces observations, les accidents avaient un caractère aigu très manifeste. Dans les deux cas de l'auteur, le premier diagnostic porté fut celui de gastro-entérite aiguë.

L'expérimentation, elle-même, n'apprend pas grand'chose de positif. Ainsi on sait que le bacille lactique inoculé dans le sang, le péritoine, la plèvre, sous la peau, ou ingéré par la voie stomacale, tue les lapins et les cobayes au bout d'un temps, variant entre douze heures et quelques jours, suivant la dose employée.

A l'autopsie, l'estomac est très dilaté, il renferme des gaz, il existe souvent de la gastrite aiguë : les parois de l'intestin sont piquetées de points hémorragiques. Toutes ces lésions peuvent être reproduites à l'aide de cultures pures, privées de leur micro-organisme par la filtration ou rendues stériles. Avec une dose de culture stérilisée de 4 cc. la mort survint entre trois et six jours.

Il y a donc dans la culture du bacille lactique, une toxine, dont la présence paraît dépendre des matières albuminoïdes du bouillon peptonisé. Cette toxine n'a pas été encore isolée et ses caractères chimiques sont inconnus.

Ces expériences n'apprennent toutefois pas grand'chose sur l'action pathogène des fermentations gastriques car si cette toxine se produisait dans l'estomac humain, le contenu gastrique des dyspeptiques par fermentation serait toxique, et il ne l'est pas, ou il n'a pas été démontré qu'il le soit.

On a confondu l'action irritante de divers acides sur la muqueuse gastrique et sur les plexus nerveux qui y abondent avec une action toxique par absorption : on a mis sur le compte d'une intoxication ce qui était le fait d'actes réflexes. On a mis au premier plan, à grand renfort d'hypothèses, pour expliquer les troubles de la nutrition, l'empoisonnement lent de l'organisme par les produits d'une digestion viciée, quand il était si simple d'invoquer l'insuffisance de l'assimilation. Et l'on a été conduit ainsi à une thérapeutique inutile quand elle n'était pas dangereuse, l'*antisepsie gastro-intestinale*, quand il fallait s'occuper uniquement de régulariser les actes digestifs pour qu'ils puissent fournir des matériaux plus aptes à l'assimilation.

M. Robin, sans nier d'une façon absolue l'existence de toxines d'origine gastrique, n'admet pas que leur rôle soit démontré et qu'il l'emporte sur celui des actes réflexes dans le mécanisme de beaucoup de symptômes associés, de complications hépatiques et intestinales, c'est enfin qu'il doive être un des pivots de la thérapeutique.

Au point de vue de la tétanie, la théorie qui en fait une auto-intoxication rencontre aujourd'hui peu de contradicteurs. M. Robin ne saurait l'admettre d'une façon absolue, car la pepto-toxine de Brieger, dont cet auteur fait l'agent toxique de la tétanie, ne préexiste pas (Bouveret et Devic) dans les liquides de la digestion naturelle ou artificielle, elle est engendrée par les procédés employés pour l'extraire.

Grumprecht ayant injecté à des animaux des liquides recueillis dans l'estomac d'un malade atteint de tétanie, n'observa aucun symptôme quelconque. Les injections intra-veineuses peuvent du reste, par elles-mêmes, provoquer des convulsions. Injectée sous la peau, la pepto-toxine ne provoque pas de convulsions.

La théorie de l'auto-intoxication ne repose sur aucun fait, elle est contredite par des expériences dues à plusieurs auteurs.

La théorie réflexe, au contraire, semble absolument acceptable. Dans la tétanie, accident rare, observé chez des surmenés, des affaiblis, etc., le réflexe est mis en jeu par toute cause capable d'exciter l'estomac. La meilleure preuve de cette réalité réflexe se trouve dans le fait qu'on observe dans les cas d'helminthiase des accès de tétanie qui cessent après l'expulsion des vers.

En résumé, rien ne démontre la réalité des toxines gastriques : s'il n'est pas permis de les nier, rien n'autorise à les admettre. Cette théorie repose sur des analogies, et cela ne suffit pas pour étayer une indication thérapeutique : les mécomptes qu'a donnés l'antisepsie médicamenteuse de l'estomac justifient ces conclusions.

M. Mathieu fut autrefois très frappé d'un argument de Charcot, qui trouvait étrange que l'on rencontrât si communément des malades atteints de phénomènes attribuables à l'intoxication, et ne présentant qu'une légère dilatation stomacale, alors qu'elle est très rare chez les malades offrant de la sténose pylorique avec stase marquée du contenu de l'estomac. Si l'intoxication d'origine gastrique avait quelque importance, c'est dans ces derniers cas qu'elle s'affirmerait.

Au point de vue de la valeur de l'expérimentation sur l'animal, il ne faut pas perdre de vue que les expériences se font sur des sujets vigoureux, alors que le malade qui présente de l'intoxication d'origine digestive est en général depuis longtemps atteint de troubles variés ; son foie et ses reins sont gravement altérés.

Au point de vue spécial de la tétanie, il y a lieu de citer l'observation d'Albu, concernant un malade offrant de la stase du pylore avec tétanie. Une gastro-entérostomie débarrassa le malade de tous ses accidents : une relation de cause à effet entre les troubles nerveux et l'état gastrique est ici difficile à mettre en doute.

M. Robin a présenté lui-même à l'Académie de médecine, un travail concernant le rapport qu'existe entre le prurigo et la production intra-stomacale d'acides butyrique et lactique en excès. Les sueurs acides irritent le derme au moment de leur sécrétion. Il admet donc l'existence d'une intoxication d'origine gastrique.

Les troubles nerveux dus à l'helminthiase sont pour M. Robin un argument en faveur de son interprétation (troubles réflexes et non troubles toxiques). Mais on a démontré que les vers intestinaux contiennent une huile éthérée qui irrite les muqueuses. On observe non seulement des convulsions provoquées par les helminthes, mais encore des phénomènes d'origine nettement toxique.

M. Bardet cite l'observation d'un malade qui n'ayant pris aucune nourriture depuis 6 heures le soir eut le lendemain à midi une crise hyperchlorhydrique avec vomissements d'un suc gastrique hyperacide : quelques heures après, un sommeil profond saisit le patient. Pendant ce temps, le taux de l'acidité urinaire baissa notablement et, à 2 heures du matin, au réveil, les urines étaient alcalines. Le coefficient d'oxydation était très bas et le liquide contenait beaucoup d'urobiline. Il y avait eu suppression des fonctions du foie ; les corps amidés de la circulation, d'ordinaire transformés en urée par le foie, ne l'avaient pas été, ce qui produisit une diminution de l'acidité. Voilà donc des corps existant normalement dans l'organisme et qui ont joué le rôle des toxines par suite de leur non élaboration par le foie.

M. Linossier ne croit pas que l'absence de preuves concernant l'existence de toxines stomacales puisse permettre de nier cette existence. On admet l'existence de l'urémie, bien qu'on ne connaisse pas le poison urémique, on parle de coma diabétique, on considère cet accident comme représentant une intoxication, et l'on n'a jamais pu déceler la toxine. En outre, il existe des *toxines relatives*, provoquant des accidents chez les uns, n'en produisant pas chez les autres (fraises p. ex.).

M. Robin trouve que du moment que les toxines d'origine gastrique n'ont pas encore été décelées, il n'est pas prudent d'édifier sur leur existence hypothétique tout un système thérapeutique.

Quant à l'objection de M. Mathieu, concernant le prurigo, elle ne rentre pas strictement dans la question, car il s'agit dans ces cas de l'influence irritante due à l'élimination cutanée d'acides. Or, l'acide lactique et l'acide butyrique ne sont pas des toxiques.

M. Mathieu présente un travail de M. Deschamps de Lille, démontrant que l'électricité statique a le pouvoir d'exaspérer les accidents dus à l'arthrite tuberculeuse, alors qu'elle soulage les malades atteints d'arthrites d'autre nature. Cette constatation présente un grand intérêt diagnostique et thérapeutique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Du traitement du paludisme aigu ou chronique par les injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine par MM. Lemanski et Marçel Drouillard (*Bulletin général de Thérapeutique*, 28 février 1900). — Il n'est pas rare, dans la pratique courante aux colonies, de voir la fièvre paludéenne résister à toute médication. Le médecin a beau recourir à tous les traitements classiques et employer successivement tous les succédanés préconisés de la quinine, il n'obtient souvent que des résultats imparfaits ou insuffisants.

Suivant l'avis des auteurs, il ne faut pas incriminer la quinine, ce n'est pas elle qui doit être rendue responsable des insuccès du médecin, mais bien le choix défectueux de la voie d'absorption du médicament spécifique. Qu'il s'agisse de cachets ou de suppositoires, on est forcé de reconnaître que les muqueuses stomacale ou rectale, n'offrent pas toujours une porte d'entrée suffisamment sûre pour l'assimilation de la quinine. Dans presque tous les ouvrages classiques pour le traitement du paludisme aigu ou chronique, on préconise une façon particulière d'administrer la quinine, système qui exige une stricte minutie dans les prescriptions.

Lemanski et Drouillard pensent avoir réussi à substituer aux anciennes règles une méthode très simple qui jusqu'ici leur a donné les meilleurs résultats.

Chez tous les malades atteints de paludisme, aigu ou chronique, on peut pratiquer des injections sous-cutanées de quinine avec les plus grandes chances de succès et de prompte guérison, l'absorption étant infiniment plus rapide et plus absolue par la voie hypodermique que par toute autre voie.

Voici comment on procède à l'hôpital civil de Tunis. Tout malade présentant de la fièvre à son entrée, est immédiatement couché et si possible purgé, puis aussitôt, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, on lui fait au bras ou au mollet, une injection sous-cutanée de quinine : la formule de cette solution hypodermique est la suivante :

Bichlorhydrate de quinine	3 grammes
Eau stérilisée.....	6 —

Us. Ext. : Injecter une seringue de Pravaz à la fois.

Cette solution est limpide et se conserve bien. Ces injections n'étant presque pas douloureuses sont bien supportées par les malades. Il n'y a jamais eu à l'hôpital d'accidents consécutifs. Une ou deux injections suffisent généralement pour faire cesser les accès de fièvre les plus violents, les auteurs ont rarement dû dépasser trois ou quatre injections. Avec cette méthode, ils ont pu, mieux qu'avec toute autre médication, guérir des malades qui présentaient depuis longtemps des symptômes de paludisme aigu et chez lesquels les accès se renouvelaient avec une désespérante persistance.

L'injection présente encore cet avantage, de pouvoir être faite en pleine période fébrile, sans aucun inconvénient ; la fièvre diminue instantanément pour cesser complètement, environ deux ou trois heures après l'injection.

Lorsque les malades ne présentent plus de fièvre, on cesse les injections hypodermiques, mais on institue un traitement destiné à éviter le retour des accès : ils prennent soit des cachets de quinine ou de quinquina, soit une potion à l'extrait de quinquina, soit de la liqueur de Fowler mélangée de teinture de quinquina et de teinture de noix vomique, et la douche froide bi-quotidienne.

Il ressort des nombreuses observations consignées dans ce travail que l'on ne saurait trop user des injections hypodermiques. La pratique a permis de constater le peu de douleurs et la rareté des accidents qu'elles occasionnent. La solution ci-dessus permet une parfaite solubilité du sel employé.

Les injections hypodermiques sont avec les injections intra-veineuses (ces dernières d'une technique plus délicate) le moyen le plus rigoureusement certain au point de vue de la pénétration dans la circulation des substances employées.

E. Vogt.

Mise au point de la question de la contagion de la tuberculose (*Therap. Monatshefte*, mars 1900). — Volland, de Davos, expose ses idées personnelles sur la contagion de la tuberculose : les conclusions thérapeutique sont faciles à tirer.

L'auteur fait remarquer que la scrofulose, à peu près inconnue au cours de la première année d'existence, se développe presque toujours au cours des cinq années qui suivent. Il y a donc lieu de rechercher la cause d'un phénomène si curieux, et on arrive forcément à la trouver dans le changement complet du genre de vie. L'enfant du premier âge passe son existence au lit ou sur les bras de sa nourrice, mais au cours de la seconde année il apprend à marcher et passe de longues heures sur le plancher : l'auteur recommande aux bactériologistes d'examiner les mains des enfants de cet âge, s'ils veulent se rendre compte de la variété des microbes que l'on rencontre sur le sol.

Au cours de cette seconde année, les troubles de la dentition atteignent d'un autre côté leur maximum, la stomatite et la rhinite catarrhales s'observent chez presque tous les sujets; elles provoquent un ramollissement de la couche épidermique au pourtour des lèvres et des narines, une légère dermatite s'accompagnant de prurit contre lequel l'enfant cherche à lutter en se grattant sans cesse. Y a-t-il lieu de s'étonner, dans ces conditions, que l'infection tuberculeuse puisse parfois s'effectuer? Donc, pour l'auteur, la scrofulose est une maladie provenant de la saleté, qui ne se transforme en tuberculose que dans les cas où le bacille de Koch a été inoculé avec les autres microorganismes et n'a pas trouvé de résistance à son développement.

Pour Volland, ce mode d'infection est de beaucoup le plus important. Les exemples de contagion chez l'adulte tout à fait sain seraient extrêmement rares.

La lutte contre la tuberculose devrait donc, pour l'auteur, être dirigée avant tout contre le mode d'infection ci-dessus décrit. Que peuvent les sanatoria contre une maladie qui a envahi l'organisme dès l'enfance? Les résultats ne sont presque toujours que momentanés. La propreté de l'habitation fera davantage dans ce sens, que la lutte contre la maladie depuis longtemps déjà installée. Le plancher de la chambre des enfants doit être, quand les circonstances le permettent, recouvert de linoléum; par-dessus, on tend un drap qu'on renouvelle chaque jour. On n'entrera dans cette chambre qu'après avoir chaussé des pantoufles faciles à laver, etc. On peut aussi enfermer l'enfant dans un petit enclos (Fehr), dont le plancher peut être facilement tenu propre. Il est certain que mères et nourrices trouvent ces précautions trop minutieuses, et que les nombreux médecins partisans de la contagion par inhalation les trouvent inutiles.

L'auteur espère qu'un jour ses idées feront partie du programme scolaire des jeunes filles, et qu'un enseignement spécial pour bonnes d'enfants permettra aux familles de se procurer des servantes bien stylées; jusqu'à présent, ces fonctions ont été, en général, dévolues aux domestiques les moins capables.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Diagnostic et traitement de l'urémie, par Augustus Eschner (*Mercks' Archives*, décembre 1899). — On peut considérer l'urémie comme une intoxication résultant de la rétention dans le corps de certains produits qui devraient être éliminés par le rein. On ne peut définir quelles sont les substances qui causent cette intoxication, ni si ce sont des substances anormales ou des substances existant normalement mais accumulées en quantités excessives.

L'urémie n'est plus considérée aujourd'hui comme le facteur principal de la maladie : elle n'est plus qu'un symptôme. On la rencontre sous la forme la plus caractérisée dans les maladies du rein ; elle peut se manifester sans que la maladie du rein soit encore bien marquée, lorsque l'activité rénale est devenue insuffisante par une cause indéterminée.

L'urémie peut être confondue avec beaucoup d'autres états morbides et le diagnostic en est parfois très difficile à établir. Il vaut mieux se

baser sur l'ensemble des symptômes que sur tel ou tel symptôme particulier. Par la multiplicité de ses manifestations l'urémie se rapproche de l'hystérie. Elle peut simuler de nombreux états toxiques, tels que l'alcoolisme, l'empoisonnement par l'opium, l'épilepsie, etc. Pour arriver à un diagnostic exact il faut rechercher avec soin l'historique de la maladie, se renseigner sur le passé du malade et faire une analyse critique des conditions présentes. L'auteur insiste sur ce point que l'absence d'albumine dans les urines n'exclut pas nécessairement l'existence de l'urémie ni celle de la néphrite, et inversement la présence d'albumine et de tubuli ne prouve pas l'existence de l'urémie et de la néphrite. L'état des vaisseaux sanguins, l'action du cœur, l'examen de l'urine, etc., ont à peine plus d'importance. L'urémie peut enfin se surajouter à l'un ou l'autre des états morbides avec lesquels on la confond d'ordinaire.

L'urémie, symptôme alarmant et grave n'est pas nécessairement mortelle. On peut plus facilement la prévenir que la guérir en facilitant la diurèse, en entretenant la peau, l'intestin, les poumons et les organes de sécrétion en constante activité. Il ne faut pas surcharger le système circulatoire, mais lui donner la stimulation nécessaire à un bon équilibre. L'alimentation sera simple, nutritive et d'une digestion facile. Elle pourra se composer spécialement de lait, d'œufs, de viandes blanches, de poissons, de légumes, de farineux et de fruits. On écartera les alcools, le thé, le café et les épices ainsi que les viandes rouges. La constipation sera absolument évitée ; on pourra la combattre au moyen d'un sel laxatif. Une dose de calomel peut parfois être utile, 0 gr. 25 au moment de se coucher ou une série de doses de 0 gr. 01 toutes les heures ou toutes les deux heures. Les changements brusques de température sont à éviter. Le froid surtout est à redouter. Le malade portera sur la peau des vêtements de laine ou de soie. Des bains tièdes fréquents sont admis, et par exception un bain chaud à moins que les artères ne soient athéromateuses. Les bains seront toujours suivis d'un essuyage minutieux et d'une vigoureuse friction. Le massage et l'exercice modéré sont recommandés. On pourra administrer de la nitroglycérine et aller jusqu'à l'apparition du vertige, de la congestion faciale et de la sensation de tension encéphalique, qui indique qu'on a atteint la dose limite.

Lorsque les symptômes prémonitoires deviennent plus accentués, il faudra intervenir plus vigoureusement. Les toxines circulant dans le sang devront être éliminées en partie par la vénésection (350 à 450 grammes de sang pris dans une veine du bras) ou bien ces toxines seront atténuées par une injection sous-cutanée de solution salée physiologique à la température du corps : cette infusion sera répétée si nécessaire. On peut aussi choisir la voie rectale ou même la voie intraveineuse.

Le catarrhe pourra être combattu par l'administration d'une dose de calomel (0 gr. 25 ou de petites doses répétées 0 gr. 01, suivies de laxatifs salins). On pourra stimuler la diaphorèse au moyen de bains de vapeur chaude, d'enveloppements chauds ou de bains d'air chaud, pendant lesquels on administre une boisson chaude ou de la pilocarpine. Une préparation diurétique en faveur à l'hôpital de Philadelphie consiste dans une pilule contenant environ 0,0025 de sulfate de pilocarpine pour 1 à 2 milligr. de sulfate de spartéine et de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de poudre de digitale. Lorsqu'il survient des convulsions on pourra employer le nitrite d'amyle, le chloroforme ou l'éther en inhalations ; on peut aussi recourir à des lavements chloralés et bromurés, auxquels on ajoutera s'il y a lieu de la teinture de digitale.

E. Vogt.

Le morphinisme, par Walter F. Bogges (*The medical Age*, 10 décembre 1899). — Le traitement du morphinisme peut être divisé en traitement prophylactique et en traitement des habitudes morphiniques. La prophylaxie consistera à ne jamais mettre le poison, ni la seringue aux mains du malade. A ce sujet, l'auteur rapporte l'observation d'un homme de 44 ans atteint d'asthme cardiaque chez lequel la morphine administrée, soit à l'intérieur, soit par la voie hypodermique, produisait un soulagement immédiat. Les accès s'étant renouvelés, il eut l'imprudence de laisser une solution de morphine chez le malade, celui-ci en prit une dose telle qu'il tomba dans un état alarmant.

Le traitement des morphinisés d'habitude consiste dans la privation du poison : deux méthodes ont été préconisées; la suppression brusque et la suppression graduelle du médicament. Il est rare qu'elles soient suivies d'effet, si le malade reste dans son milieu; le placement dans un établissement médical spécial est indispensable. Il est bon d'employer comme adjuvants du traitement la strychnine, la digitale si l'asthénie est prononcée, la nitroglycérine, les sels d'ammoniaque.

La privation s'accompagne souvent de troubles qui nécessitent une certaine surveillance, diarrhée, vomissements, insomnie, manie, mélancolie, etc. Le régime doit faire l'objet d'une attention spéciale; tous les moyens employés pour stimuler l'appétit et accélérer la digestion seront mis en œuvre. Le repos, l'hydrothérapie, seront employés si la chose est possible. Pour

produire le sommeil, on usera des hypnotiques modernes : trional, sulfonal chloralamide, hyoscine, chloral, chloralose, bromure, etc.

L'auteur réprouve l'emploi de la méthode de la suppression brusque; pour lui la méthode de la suppression graduelle, sans que le malade soit prévenu, est une méthode beaucoup plus humaine.

P. Sainton.

Permanganate de potasse comme antidote dans les intoxications par l'opium (*Thérapeutique moderne russe* n° 11, 1899). — Schwartz rapporte le cas suivant. Une femme de 28 ans, neurasthénique, a absorbé dans le but de se suicider près de 45 grammes de teinture d'opium. L'auteur appelé près de la malade a aussitôt prescrit de prendre toutes les cinq ou dix minutes 5 grammes d'une solution au millième de permanganate de potasse, en buvant après de grandes quantités d'eau de seltz. La malade fut prise de vomissements qui se répétèrent à chaque nouvelle absorption de permanganate de potasse. Après avoir pris 30 grammes d'antidote avec environ quatre bouteilles d'eau de seltz, la malade s'affaiblit beaucoup, le pouls devint petit, presque filiforme ; la somnolence et la fatigue augmentèrent progressivement ; la pupille se rétrécit considérablement.

Etant donné cet état excessivement grave l'auteur lui injecta dans le bras droit un cc. d'une solution de permanganate de potasse à 2 0/0, (l'injection fut très douloureuse). L'injection faite, on amena la malade à l'air, on l'assit et on la força de boire encore un peu d'eau de seltz.

Au bout d'un quart d'heure environ, le pouls devint bien meilleur et la respiration présentait le type de Cheyne Stoks, devenait égale et profonde. Une demi heure après la malade se sentit tellement bien qu'elle a pu rester chez elle ; le lendemain elle était tout à fait bien portante.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Cancer de l'estomac, par M. Hartmann, (*Société de chirurgie*, 28 février 1900). — La mortalité de la *pylorectomie* est devenue assez faible pour que personne ne discute aujourd'hui la valeur de l'intervention dans la cure du cancer de l'estomac. Il reste à en bien étudier les détails opératoires.

M. Hartmann insiste sur les points suivants, résultant de son observation : le duodenum, dont la muqueuse peut paraître saine au voisinage du néoplasme, est cependant infiltré au loin dans le cancer du pylore : il faut donc, de ce côté, faire porter la section bien au-delà des limites apparentes du mal.

De même, le cancer du pylore se propageant presque toujours de préférence vers la *petite courbure*, là où sont constamment des ganglions infiltrés, il est indispensable de supprimer toute cette partie de l'estomac, pour avoir une guérison durable.

A. Benoit.

Gastrotomie pour corps étranger de l'œsophage, par M. Thiriar (*Académie de Médec. de Belgique*, 24 février 1900). — Un cas assez rare d'extraction de ratelier arrêté dans l'œsophage à 38 cent. des arcades dentaires par une incision stomacale. Cette opération fut nécessitée par l'impossibilité dans laquelle se trouvait l'opérateur d'extraire par les voies naturelles l'objet, qui pénétrait dans les parois de l'œsophage par ses extrémités munies de crochets et de pointes aiguës. Il fallut faire à la paroi stomacale une incision assez vaste pour que la main entière put y être engagée. Dès lors, avec deux doigts conducteurs, M. Thiriar put glisser une longue pince qui entraîna le ratelier par un mouvement de bascule. L'opéré se rétablit très rapidement, car aucune complication ne survint.

A. Benoit.

Des para-appendicites (*Société de chirurgie*, 14 et 21 février 1900). — De nouveaux cas sont signalés par MM. Quénu, Bazy, Reynier dans lesquels l'opérateur, croyant trouver une appendicite, a découvert tantôt des abcès ganglionnaires dans la fosse iliaque droite, tantôt des lésions péricæcales, consécutives à des perforations du cæcum.

M. P. Delbet, de son côté, ne s'explique pas pourquoi on désigne sous le nom de *para-appendicites* des lésions qui n'ont aucun rapport avec l'appendice. L'analogie avec le mot *paramétrite* souligne encore la fausseté de ce terme. Que ne propose-t-il de reprendre le mot de *pérityphlite*, lorsqu'il s'agit de lésions propres au cæcum ?

Nous y venons. On pouvait dès longtemps prédire la restauration de ce terme, banni on ne sait trop pourquoi de la nomenclature pathologique, depuis l'avènement de l'appendicite.

A. Benoit.

Le traitement de la cavité péritonéale dans certaines formes rares d'infection d'origine appendiculaire, par John A. Wyeth (*Medical News*, 16 décembre 1899). — Les deux cas rapportés par l'auteur sont destinés à montrer la méthode de désinfection à employer quand il y a péritonite généralisée, et le mode de traitement recommandable quand il y a infection localisée ou partielle de la cavité péritonéale.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 27 ans atteint de gangrène de l'appendice, la cavité péritonéale était remplie d'un liquide sanieux et infect.

L'abdomen étant ouvert, Wyeth fit un lavage de toute la cavité avec une solution salée à la température de 110° à 115° Fahrenheit à l'aide d'une canule promenée dans toute la cavité péritonéale : la quantité de liquide employée fut de 8 à 12 litres. La cavité fut ensuite asséchée avec des compresses de gaze stérilisées promenées à la main dans tous les diverticules pouvant exister. L'incision fut refermée et drainée : la guérison fut complète.

Dans le second cas, observé chez un enfant de 5 ans, l'appendice était gangréné et une grande portion de l'intestin fut souillé par les matières fécales ; tous les segments intestinaux et les diverticules pouvant avoir été en contact avec les matières fécales furent nettoyés avec une compresse imbibée d'une solution de bichlorure de mercure à 1/2000 ; l'abdomen fut refermé avec drainage. Le malade guérit.

W. résume ainsi les résultats de sa pratique. Quand il y a péritonite généralisée en pleine évolution avec épanchement considérable de liquide sanieux et de mauvaise odeur, l'irrigation de la cavité est essentielle et le séchage de celle-ci n'est pas un des stades les moins importants de l'opération.

Dans les cas où il s'est trouvé une quantité très considérable de liquide mise en contact avec les anses intestinales, mais sans que celui-ci ait d'odeur, il vaut mieux faire le drainage et sécher la cavité péritonéale sans la laver.

Quand le territoire infecté n'est pas protégé par des adhérences et que le processus a été limité à un point restreint de la cavité péritonéale au voisinage de l'appendice ou dans la profondeur du bassin, il vaut mieux ne pas irriguer et pratiquer la désinfection locale ; le drainage sera établi dans le cul-de-sac situé entre le cæcum, le côlon ascendant et la paroi abdominale et dans la partie la plus inférieure du bassin, immédiatement derrière la vessie.

Dans certains cas, chez la femme, il est nécessaire, après désinfection du vagin, de pratiquer le drainage par la cavité de Douglas incisée.

L'administration de calomel et de purgatifs salins est un adjuvant essentiel du traitement tandis que les narcotiques sont contre-indiqués.

P. Sainton.

Traitement des kystes hydatiques (*Riforma medica*, octobre 1899), par le Dr Baccelli. — Ce traitement a attiré l'attention de l'auteur en 1887, époque où il inaugura la méthode thérapeutique qui est aujourd'hui connue sous son nom.

Tel que ce traitement fut proposé, il consiste à faire aspirer une certaine quantité de liquide du kyste qui, successivement est remplacée par l'injection de sublimé à 1/1000.

L'originalité de la méthode réside surtout dans l'évacuation incomplète du kyste et à la nature du liquide injecté. Le sublimé rend aseptique le liquide du kyste et ne produit pas de caillot.

Si au contraire on aspire rapidement tout le liquide d'un kyste, la membrane conjonctive, plus ou moins riche en tissu conjonctif épais, ne peut pas se rétracter de suite et, par le vide qui se produit dans le kyste, une hyperhémie se produit, d'où résultent les fréquentes complications de ces piqûres.

La méthode de l'auteur offre l'avantage de ne pas altérer trop rapidement les conditions des tissus, de modifier le contenu du kyste de façon à tuer le parasite, et d'empêcher le développemont des microbes pathogènes, en favorisant la guérison.

La méthode de la clinique romaine ne saurait être plus simple : la lenteur que l'on a mise à l'adopter résulte de la défiance qu'on a d'habitude pour les piqûres suivies des injections modificatrices, et aux brillants résultats de la chirurgie d'autre part.

Il est évident qu'on ne peut pas facilement établir la rétraction et la cicatrisation consécutive de la poche de l'échinocoque, quand la membrane est trop étendue et indurée, mais hors de ces circonstances, la méthode de l'auteur mérite toute préférence, et puisque quelquefois on observe des incidents émouvants au cours les piqûres exploratrices, il faut en conclure que toute prudence est de rigueur.

Il ne convient pas de faire des piqûres exploratrices, mais de s'en servir pour la cure, car le liquide du kyste est sous une pression plutôt notable, et si elle ne diminue pas en laissant diminuer le liquide, celui-ci peut passer à l'extérieur de la membrane séreuse en produisant des phénomènes d'empoisonnement, ou des réactions du péritoine.

Pour la soustraction du liquide, il faut noter deux points de technique très importants : 1° se servir d'aiguilles très fines pour la piqûre ; 2° éviter, au moment de la piqûre, et tout de

suite après, les manœuvres trop accentuées et les fortes compressions qui peuvent faciliter l'épanchement du liquide.

A. Rondino.

Anémie grave à la suite d'hémorragies dues à des hémorroïdes méconnues (*Therapie der Gegenwart*, n° 12, 1899). — Le Pr Ewald attire l'attention, dans ce travail, sur une variété d'accidents facilement méconnus, que l'on observe chez des adultes, jusque-là bien portants, qui souffrent à un moment donné, de faiblesse nerveuse et de chloro-anémie, sans raison apparente. Un examen même minutieux ne permet pas de déceler la source des pertes sanguines : même l'emploi du spéculum anal ordinaire ne fait pas découvrir la lésion ; le spéculum d'Otis, avec anesthésie locale, permet seul, souvent, de reconnaître qu'il s'agit d'ectasies veineuses très haut placées : les hémorragies sont minimes : le sang se mélange intimement aux fèces, mais la continuité de la perte sanguine finit par retentir sur la santé générale.

Dans une observation citée par l'auteur, il s'agissait d'un polype de la muqueuse rectale : l'ablation de la tumeur sous le chloroforme amena la guérison de l'état chloroanémique.

E. Vogt.

L'électrolyse dans les angiomes (*Wratsch*, n° 48, 1899). — Dans 4 cas d'angiome, Janovsky a employé avec succès l'électrolyse. 30 séances ont suffi pour faire disparaître la tumeur. Du reste on obtient une diminution notable de la tumeur après 12 à 13 séances. Le procédé bipolaire est peu commode ; l'auteur a donc eu recours au procédé unipolaire avec des aiguilles ordinaires (les aiguilles de platine s'abîment trop rapidement et leurs pointes se recourbent). Janovsky attribue les résultats obtenus en partie à l'action catalytique, de sorte que d'après lui la *suppression idéale des néoformations* n'est possible que par la *catalyse seule*.

J. Roubleff.

Traitement local du rhumatisme articulaire, de la goutte, de la sciatique, etc., au moyen d'un appareil électrique à air chaud (électrotherme) (*Therap. Monatshefte*, mars 1900). — Lindemann a actuellement deux années d'expérience de la pratique de son appareil, aujourd'hui très perfectionné. On obtient facilement des températures atteignant 100°, que la partie malade enfermée dans l'appareil supporte parfaitement ; la température axillaire ou rectale reste pendant ce temps sans changement, tandis que la température de la surface cutanée monte de 4° à 5°. Le pouls devient plus lent, plus régulier et plus plein (hypérémie cutanée active).

Les résultats obtenus dans les arthrites (goutteuses, rhumatismales, blennorragiques, noueuses, etc.,) sont remarquables, ainsi que le démontrent les photographies obtenues au moyen des rayons X, qui accompagnent le travail de Lindemann. Dans les cas aigus ou subaigus, les résultats sont moins satisfaisants : mais dans les cas chroniques on obtient indubitablement une accélération marquée des phénomènes de résorption. Il est bon, pour éviter le refroidissement, de faire suivre chaque séance d'une douche froide de très courte durée. L'auteur n'a pas observé de récidives à condition de ne pas interrompre un traitement au cœur de l'hiver.

E. Vogt.

Lumière électrique dans les traumatismes (*Wratch*, n° 47, 1899). — Hein rapporte le cas d'un jeune homme chez qui, à la suite d'un choc, s'est produit un épanchement sanguin dans le tissu sous-cellulaire et sous le périoste du tiers moyen du tibia gauche.

On a d'abord appliqué la glace pendant 48 heures ; plus tard, on a eu recours au massage, mais la tumeur, qui tout d'abord avait diminué, a fini par augmenter de volume. On a remplacé alors le massage par des compresses, par des frictions d'ichtyol, mais tout cela n'a donné aucun résultat. Alors, avant de recourir au moyen extrême : intervention chirurgicale, on a décidé d'essayer la lumière électrique sur l'action thérapeutique de laquelle on a publié dans ces derniers temps un certain nombre de travaux.

Pour cela on a employé une petite lampe électrique plate qu'on appliquait tous les jours matin et soir sur la région malade pendant 10 minutes. Dès le lendemain la tumeur est devenue plus molle ; au bout de trois jours, elle avait complètement disparu. On a continué le traitement pendant les trois jours qui ont suivi la disparition de la tumeur.

J. Roubleff.

Mesures prophylactiques à prendre en cas de narcose chloroformique (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 4, 1900). — Feilchenfeld ayant reconnu que l'excitation cérébrale qui précède, chez l'homme, l'accomplissement de tout acte important de la vie, est favorablement influencée par l'administration de strophantus, recommande de faire ingérer aux patients, pendant deux soirs, avant une intervention chirurgicale, et le matin même, 5 à 6 gouttes de teinture de strophantus.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT
Ancien interne des hôpitaux.

Lavements et suppositoires à l'extrait de myrtilles dans les entérocolites (*Therap. Monatshefte* mars 1900). — Les myrtilles représentent un médicament populaire contre la diarrhée, et Winternitz a attiré à nouveau l'attention sur les propriétés astringentes de la décoction de myrtilles. Strauss préfère l'extrait, beaucoup plus maniable : cet extrait présente l'aspect du miel. A la dose d'une cuillerée à soupe pour 250 grammes d'eau, avec addition de deux pointes de couteau de carbonate de soude pour neutraliser l'acide que l'extrait contient, on obtient un lavement très efficace dans divers cas d'entérite : on prescrira deux lavements par jour.

Ce traitement ne présente aucun inconvénient ; les cas de l'auteur ressortissent à la proctite, à la colite chronique, à l'entérocolite muco-membraneuse. Dans la glossite superficielle chronique, des lavages de la bouche avec une solution aqueuse d'extrait de myrtilles sont très efficaces.

Si l'inflammation siège dans l'intestin grêle, les résultats sont peu marqués.

Les suppositoires seront plus spécialement employés quand le rectum est intéressé. On prescrira :

Extrait de myrtilles	30
Carbonate de soude..	3
Eau distillée.....	7
Beurre de cacao.....	60

Pour faire XXX suppositoires : 2 par jour.

Il y aurait lieu peut-être de faire disparaître par fermentation la petite quantité de sucre que cet extrait contient, et de neutraliser l'acidité du produit. On serait ainsi certain de ne provoquer aucune irritation locale : il est vrai que l'auteur n'en a jamais observé avec le médicament qui a servi à ses recherches.

E. Vogt.

Traitement de la constipation chronique de l'enfance (*München. med. Wochenschrift*, n° 4, 1900). — Dœrfler croit que l'addition d'eau au lait de vache est une des grandes causes de la constipation du nouveau-né non élevé au sein. Les mélanges de ce genre diluent le suc gastrique, le suc intestinal et la bile, et l'assimilation de la nourriture ingérée s'effectue d'une façon anormale. Mais il semble difficile de lutter aujourd'hui contre les habitudes enracinées : l'auteur a en conséquence cherché à augmenter la valeur nutritive de l'alimentation, tout en conservant les mélanges d'eau et de lait. Il s'est arrêté, après plusieurs essais, au beurre frais, qui doit être de bonne qualité, et qu'on administrera en nature et non mélangé au lait. Il faut se garder de faire fondre ce beurre ou de le chauffer, car il serait alors moins facilement digéré. Au bout de 4 à 5 heures déjà, les selles deviennent moins consistantes, sans diarrhée. Le beurre non assimilé n'est jamais irritant pour le tube digestif du nourrisson ; il excite légèrement, grâce aux acides gras qu'il contient, le péristaltisme et mobilise les scybales.

Le beurre ne sera administré qu'aux enfants atteints de constipation simple, sans phénomènes de catarrhe, et se trouvant dans de bonnes conditions. L'augmentation de poids quotidien doit exister, tout en étant inférieure à la normale.

Le dosage sera le suivant : nourrissons de 2 à 3 mois : matin et soir, une demi à une cuillerée à café de beurre jusqu'à ce que les selles deviennent normales ; à partir de ce moment, on ne donnera du beurre que tous les deux jours, de 3 à 4 mois, 2 à 3 cuillerées à café, à partir de 5 mois jusqu'à 12, tous les deux ou trois jours 1 à 3 cuillerées à soupe pendant longtemps.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

La teinture de veratrum viride étudiée spécialement au point de vue de ses effets sur l'appareil circulatoire par Goussset (*Thèse de Nancy*, 1899). — Le veratrum viride a été utilisé comme médicament cardio-vasculaire, puis comme nervin et antithermique. Il a été prescrit par Oulmont, Hirtz et nombre d'autres médecins dans certaines pyrexies, notamment la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, etc..., maladies dans lesquelles le seul effet appréciable de la médication est un abaissement de la température avec diminution corrélative de la fréquence du pouls. En effet, le veratrum viride est avant tout un médicament cardio-vasculaire qui abaisse la pression artérielle. Contre-indiqué dans les cardiopathies valvulaires où cette pression est diminuée, il est au contraire utile dans les cardiopathies vasculaires qui comptent l'hypertension artérielle au nombre de leurs signes, tout au moins pendant les premières périodes de leur évolution. On le

prescrira avec avantage contre certains accidents des artério-scléreux, notamment l'angor pectoris. Le Dr Liégeois conseille, en pareil cas, d'administrer l'iodure de sodium pendant dix jours par mois, puis de remplacer la médication iodurée par la suivante comprenant plusieurs médicaments artério-dépresseurs :

Teinture de piscidia erythrina.....	60 grammes
Teinture de veratrum viride.....	10 —
Alcoolature de racines d'aconit.....	15 —

Donner de cette mixture XXX gouttes, matin et soir.

Le veratrum viride a été recommandé par Germain Sée dans la maladie de Basedow avec prédominance des symptômes cardio-vasculaires ; il peut être encore prescrit contre les accidents congestifs qui surviennent au moment de la période cataméniale, contre les palpitations d'origine toxique dues à l'abus du tabac, du café, du thé, de l'alcool, contre celles des neurasthéniques, des émotifs (quand il y a coïncidence d'hypertension).

Le veratrum viride a encore été prescrit dans l'éclampsie puerpérale par les médecins américains et contre la chorée.

Il ne peut suppléer la digitale, bien qu'il ralentisse le cœur ; l'action de ces médicaments est opposée, puisque la digitale augmente la pression artérielle et que le veratrum l'abaisse; aussi l'asystolie est-elle une contre-indication à l'emploi de ce dernier.

A fortes doses, le veratrum viride détermine de la salivation, des nausées, des vomissements, de la diarrhée et, si l'on n'y prête attention, des vertiges, du refroidissement, le collapsus. On ne dépassera pas la dose de XX gouttes de teinture par jour ; encore conviendra-t-il de la fractionner.

G. Lyon.

Traitement des troubles cardio-vasculaires nerveux ou fonctionnels *(Therap. der Gegenwart*, 12e fasc. 1899). — Les troubles fonctionnels cardio-vasculaires, qui guérissent spontanément chez l'adolescent, sont plus tenaces chez l'adulte et peuvent dans certains cas se transformer à la longue en affections organiques graves du système circulatoire. Ils s'observent surtout dans la neurasthénie, l'hystérie, au cours de la croissance, à la suite d'efforts musculaires violents, de troubles digestifs, d'abus de spiritueux, de tabac, etc.

Rumpf conseille, dans les cas de ce genre, une règlementation raisonnable des heures de travail et de repos, la limitation de l'alimentation carnée, qui excite indubitablement les fonctions circulatoires, la suppression des boissons alcooliques : on recommandera tout spécialement les fruits. La constipation sera évitée, et on apprendra au malade à respirer de temps en temps très profondément.

Comme prophylaxie chez l'adolescent, on s'opposera à l'ingestion de trop grandes quantités de nourriture animale.

E. Vogt.

Traitement médicamenteux de l'asthme par J. H. Jackson (*Merk's archives*, décembre 1899). — Il n'est pas nécessaire de rappeler ici les causes ordinaires de l'asthme. Lorsque l'asthme dépend de la bronchite ou de la présence de mucus, il est bon de recourir à l'usage des iodures, surtout à l'iodure de potassium, par doses de 0,60 grammes toutes les deux, trois ou quatre heures, selon la durée du soulagement obtenu. Le sirop d'acide iodhydrique, administré soit seul, soit alterné avec de l'acide bromhydrique peut quelquefois les remplacer avantageusement. L'usage constant de l'iodure de potassium ou de l'iodure de sodium entre les paroxysmes pourra écarter les crises pendant quelque temps pourvu que l'estomac puisse supporter le remède. On pourra suppléer au traitement ioduré par la médication employée dans les cas de bronchite. Le chloroforme, et l'éther à un moindre degré, ont cet inconvénient d'amener un soulagement rapide qui ne peut être maintenu qu'en répétant les doses au point d'amener le malade à un état d'inconscience presque absolue. La nitroglycérine et la nitrite d'amyle guérissent en écartant la congestion par la dilatation du réseau capillaire superficiel.

L'ichthyol à petites doses souvent répétées, pas plus de une à deux gouttes par dose toutes les trois ou quatre heures, est un bon adjuvant à employer entre les attaques d'asthme. Pendant son emploi les cristaux de Leyden et de Charcot diminueront ou disparaîtront probablement.

Si l'on veut arrêter un accès d'asthme en utilisant l'atropine et la morphine, il est préférable de les combiner. On pourra donner 0,008 gr. de sulfate de morphine, combiné à 0.0002 gr. de sulfate d'atropine, cette dose pourra être répétée; au bout d'une demi-heure ou d'une heure, si le soulagement ne se produit pas, on cessera de donner la mixture.

On peut employer à l'intérieur avec succès, la stramoine, la belladone, le nitrate de potasse et la lobélie, mais leur action sera plus énergique sous la forme d'une poudre à brûler. On fera entrer beaucoup de nitrate de potasse dans

cette mixture pour en faciliter la combustion. Voici une formule pour une poudre de ce genre.

Poudre de nitrate de potasse.....	20 grammes
Poudre de stramoine...	4 —
— de lobélie.....	5 —
— de belladone...	2 gr. 50
— de grindelia....	5 grammes
— d'hydrastis Canadensis.....	0 gr. 75

Faire un paquet. Brûler une forte cuiller à thé de cette poudre dans une petite chambre bien close ou sous une tente improvisée. Respirer pendant dix à vingt minutes, ou jusqu'à soulagement.

Cette inhalation amènera le sommeil auquel le malade pourra s'abandonner sans danger. Le bromure de potassium, par doses de 0 gr. 60 alternant avec l'iodure d'heure en heure, donnera du soulagement. On évitera le chloral sauf dans l'asthme spasmodique pur. Le bromoforme doit être employé avec précaution. L'antipyrine et l'acétanilide sont dangereux pour le cœur et les poumons.

Comme médicament interne, utilisable dans tous les cas, on peut recommander la formule suivante :

Iodure de sodium.....	0 gr. 10
Bromure de sodium.....	0 gr. 10
Extrait fluide d'euphorhe.	III gouttes
Teinture éthérée de lobélie.	III —
Nitroglycérine	0 gr. 0002

Prendre en une fois, et répéter au bout d'une demi-heure si c'est nécessaire.

Pour les cas où la dyspnée cardiaque est associée à l'asthme bronchique, l'auteur donne la formule suivante qui agit surtout sur le cœur.

Sulfate de strychnine..	0 gr. 05
Sulfate de morphine...	0 gr. 05
Teinture de digitale...	15 grammes
Eau pour faire.....	180 —

Prendre une cuiller à thé toutes les deux ou quatre heures, jusqu'à ce que le cœur fonctionne régulièrement.

Les deux prescriptions ci-dessus pourront être alternées toutes les deux heures. Lorsque l'asthme est un symptôme réflexe du coryza ou de la fièvre des foins, on peut employer localement le chlorhydrate de cocaïne (en solution de 2 à 4 0/0) et de légers désinfectants. Cette médication pourra être répétée fréquemment à moins qu'une idiosyncrasie n'en défende l'emploi.

Comme règle générale il faut éviter de respirer l'air froid. Un bon moyen est de changer de climat ; si l'on évite les endroits où règne l'asthme, le soulagement sera rapide et un séjour prolongé amènera même la guérison complète.

E. Vogt.

Traitement de la pneumonie par l'iodure de potassium (*Die Ærztl. Praxis* 1er mars 1900). — Teske possède plus de 300 observations de pneumoniques traités par des enveloppements de Priessnitz, appliqués toutes les deux heures, et l'administration de 15 gouttes toutes les trois heures du mélange suivant :

Iodure de potassium.....	ãã 7 gr. 50
Essence d'amandes amères.	
Morphine.....	0 gr. 20

L'iodure enraie certainement le processus d'hépatisation : la morphine influence favorablement la pression sanguine.

Dans la bronchite chronique avec emphysème, l'association médicamenteuse ci-dessus indiquée, donne aussi des résultats favorables.

E. Vogt.

Irrigation sans contact de l'air, dans l'empyème par Verdelli (*Morgagni* n° 12, 1899). L'école de Parme préfère le lavage interne apneumatique dans les cas de pleuro-empyème à l'incision intercostale. Pour prouver la perfection de ce traitement, l'auteur rapporte des cas pratiqués selon cette prescription, d'où l'on relève clairement que le lavage apneumatique est un traitement très puissant pour combattre les suppurations pleurales quelle que ce soit leur nature.

La méthode de traitement est très facile, elle ne donne pas de grandes douleurs ni de dérangements aux malades, et est bien tolérée, étant préférée à toute autre méthode et particulièrement à l'incision intercostale.

Le lavage apneumatique guérit le malade dans une période de temps relativement brève, et dans la plupart des cas, inférieure à celle employée par d'autres moyens.

Par ce traitement, on évite la production de la fistule thoracique, et il est possible d'utiliser l'aérothérapie en facilitant la réintégration de la fonction de l'organe.

Dans l'empyème à plusieurs sacs, il vaut mieux recourir à l'incision intercostale, tandis que dans l'empyème tuberculeux, la méthode du lavage est à préférer, car l'observation clinique nous apprend qu'avec la pleuro-toxine, les malades peuvent facilement empirer.

A. Rondino.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Méralgie paresthésique avec refroidissement local de 2° : absence de réaction à la pilocarpine jusqu'au moment de la guérison survenue après un traitement purement médical, par SABRAZÈS et CABANNES (*Société de Neurologie de Paris*, 11 janvier 1900). — Un homme de 60 ans, ayant des antécédents rhumatismaux, présentait le tableau classique de la névralgie paresthésique. La marche, la station debout provoquaient des sensations de tiraillement et de cuisson dans la cuisse droite : les phénomènes reparaissaient si le malade faisait au repos des mouvements un peu étendus de flexion et d'extension de la cuisse : à la partie antéro-externe de la cuisse droite, l'exploration décelait une anesthésie complète, et également répartie aux trois modes de sensibilité. La compression du fémorocutané à son passage dans l'échancrure iliaque est extrêmement pénible. L'injection de pilocarpine reste de ce côté sans action.

Le malade fut soumis à l'administration de la dose de 6 grammes de salicylate par jour pendant six jours; le résultat fut nul. Une cure de bains sulfureux à raison d'un par jour pendant cinq jours fut suivie au contraire d'une guérison immédiate. Le malade guérit complètement : et fait du plus haut intérêt, la réaction à la pilocarpine se montra avec les mêmes caractères que dans la région saine symétrique.

P. SAINTON.

Le sommeil chez les bien portants et les nerveux (*Deutsche med. Zeitung*, 5 mars 1900). — Au réveil, il n'est pas possible de se souvenir du sommeil si l'on n'a pas eu de rêves : d'un autre côté, rien n'est plus difficile, si on se réveille au milieu de la nuit, que d'apprécier exactement la durée du sommeil précédent. Chez les nerveux s'ajoute souvent un autre phénomène : ces malades ne s'aperçoivent pas qu'ils viennent de dormir, et sont tout étonnés, si le sommeil les a pris en présence de tiers, d'apprendre au réveil qu'ils ont dormi.

ERLENMAYER a cherché à se rendre compte, au moyen d'un contrôle précis, de la durée du sommeil de plusieurs neurasthéniques qui se plaignaient journellement d'insomnies prolongées. Il a reconnu que ces malades dorment autant que les sujets normaux, mais qu'au réveil ils n'ont pas l'impression d'avoir dormi. D'où cette conclusion thérapeutique, qu'on abuse aujourd'hui des hypnotiques, car on accepte trop facilement et sans contrôle les déclarations des malades, faites d'ailleurs de bonne foi. L'état de la nutrition, le poids du corps sont du reste d'excellents indices : tout patient se plaignant d'insomnies souffrira bientôt de phénomènes de dénutrition si ses plaintes sont fondées, tandis qu'il est difficile de concevoir qu'un individu bien portant puisse rester dans cet état, si son sommeil est diminué dans de grandes proportions pendant longtemps.

E. VOGT.

Hydro-balnéothérapie dans les troubles fonctionnels du système nerveux (*Therapeutique Moderne Russe*, n° 10, 1899). — En se basant sur des recherches personnelles, OISPENSKY formule les conclusions suivantes :

1° Le traitement des névroses fonctionnelles par l'hydrothérapie donne de brillants résultats;

2° La meilleure méthode hydrothérapique est constituée par les douches en éventail à haute pression ;

3° Dans le traitement de la neurasthénie il n'est pas besoin d'avoir recours à des douches à basse température ;

4° Dans le traitement de l'hystérie au contraire, il est indispensable dans la majorité des cas de recourir à des douches froides ;

5° La meilleure méthode hydrothérapique de la petite chorée est la douche en éventail à une atmosphère de pression et à la température de 20 à 28 degrés ;

6° Dans l'hypochondrie, sans lésions matérielles, le procédé qu'on vient d'indiquer détermine rapidement la guérison, tandis qu'il reste sans effet dans les cas d'hypochondrie avec lésions matérielles.

J. ROUBLEFF.

Ophtalmologie

Dr KOPFF

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement de l'entropion par l'électrolyse des paupières par CIRERA SALSE (*Archives d'électricité médicale*, 15 décembre 1899). — Le traitement consiste à introduire dans les paupières, une aiguille en acier à 1, 2 ou 3 millimètres du rebord des paupières, au-dessous de la peau, le long du bord palpébral, et à faire passer un

courant galvanique continu de 5 à 8 m A., pendant 4 à 7 minutes.

Les effets de l'électrolyse sont bien connus, mais il faut se souvenir qu'après l'intervention il y a dans les paupières un trajet tubulaire : donc, la rétraction cicatricielle sous-dermique relève le bord des paupières et en rectifie la position. Il n'est besoin d'aucun pansement après l'intervention ; mais si, après quinze jours, la rectification du bord palpébral n'est pas complète, on doit répéter l'opération. Cette application de l'électrolyse a été pratiquée avec succès :

1° Sur un sujet atteint d'entropion aux deux yeux.

2° Sur une malade âgée de 60 ans, souffrant d'un entropion double localisé à un seul œil. Une seule ponction électrolytique au niveau des paupières a amené la guérison.

3° Sur un malade atteint de paralysie faciale accompagnée d'un entropion datant de 3 années. Les applications de courants faradiques n'ayant pas amené la guérison de l'entropion en même temps que celle de la paralysie, l'auteur a employé l'électro-poncture électrolytique et fait une séance de cinq minutes avec une intensité de 6 m. A. Cette unique séance a suffi pour amener la parfaite guérison.

Cette méthode de traitement de l'entropion mérite d'être utilisée à cause des avantages qu'elle offre sur les autres méthodes de traitement proposées pour la même affection.

E. Vogt.

La méthode de Crédé (*Aerztl. Sachv. Zeitung* n° 2, 1900). — Michaelsen, à propos d'une décision de la commission médicale de 1887, qui estima qu'on ne saurait rendre obligatoire pour les sages-femmes de l'Empire allemand l'emploi de la méthode de Crédé, se déclare partisan de cette décision. Il est certain que si l'opération, consistant à instiller dans l'œil du nouveau-né une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, est bien faite, il ne saurait en résulter aucun dommage grave : il n'est toutefois pas rare d'observer, à la suite de cette intervention, une irritation de la conjonctive qui peut dans quelques cas acquérir une grande intensité,

L'auteur a observé tout dernièrement un cas de kératite ulcéreuse à la suite de l'emploi par une sage-femme d'une solution trop concentrée : la sage-femme avait négligé de faire une ordonnance et avait fait chercher la solution : il est probable que la commission fut mal exécutée.

Michaelsen estime que l'emploi de la méthode de Crédé doit être réservé aux seuls médecins : ces derniers, en cas d'erreur, pourront plus aisément prendre les mesures nécessaires pour éviter des inflammations sérieuses des milieux oculaires,

E. Vogt.

Le jequirity dans le traitement du trachome, par H. J. Mann (*Medical Record* 30 décembre 1899). — Le traitement du trachome par le jequirity est encore un de ceux qui donnent les meilleurs résultats ; il convient particulièrement dans les cas à évolution lente et où il y a beaucoup de pannus. Mann se sert d'une macération de 10 graines finement pulvérisées dans 15 grammes d'eau. Quelques gouttes sont instillées dans chaque œil jusqu'à apparition d'une fausse membrane qui se montre en général à la troisième instillation. Après chaque instillation, il existe une douleur assez forte, qui persiste pendant six heures. Ce traitement est suivi de l'application journalière d'une solution de nitrate d'argent à deux pour cent jusqu'à ce que la guérison soit complète. Elle a lieu en deux à six mois.

Paul Sainton.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Traitement du furoncle du conduit auditif, par Lermoyez (*Presse médicale*, n° 17, p. 105, 1900). — Le traitement abortif n'a de chances de faire avorter le furoncle que s'il l'attaque dès son apparition.

Tantôt on voit alors poindre un petit furoncle à l'entrée du méat. On le fera toucher trois fois par jour avec une goutte de *teinture d'iode* ou de *naphtol camphré*.

Tantôt il y a seulement une tuméfaction diffuse qui rétrécit la lumière du conduit. On prescrira de prendre deux fois par jour, pendant dix minutes, des bains d'oreille avec de la *glycérine phéniquée* à 1/10 ou de l'*alcool boriqué* à 1/20. On remplit à demi de ce mélange une cuiller à café qu'on place un instant au-dessus de la flamme d'une bougie ; on verse ce mélange dans l'oreille, le malade ayant la tête inclinée du côté sain : au bout de dix minutes on bouche le méat auditif avec un tampon d'ouate non hydrophile.

Traitement curatif. Il faut avant tout calmer la douleur. Au début, le furoncle ne pointe pas ; il n'y a encore qu'une tuméfaction en nappe, sténosant concentriquement le conduit. On doit s'abstenir d'introduire dans l'oreille du lau-

danum, de l'huile de jusquiame, du baume tranquille qui n'auraient d'autre effet que d'entretenir l'infection dans le conduit auditif. On n'usera pas non plus des bains de cocaïne, qui n'agissent pas à travers la peau intacte; enfin on se gardera des incisions précoces qui sont très douloureuses et absolument inutiles. A cette période, on se bornera aux enveloppements humides permanents, c'est-à-dire que l'on enfoncera dans le conduit avec une pince à oreille coudée, une mèche d'ouate hydrophile assez grosse pour exercer une compression excentrique sur les parois du conduit, mais pas assez longue pour toucher le tympan : cette mèche sera imbibée du mélange antiseptique suivant qu'on aura fait tiédir :

Glycérine neutre..	ãã 50 grammes
Liqueur de Van Swieten.....	

Puis on fera un pansement extérieur en remplissant la conque et garnissant le sillon rétro-auriculaire, de gâteaux d'ouate hydrophile imbibés du même mélange : et par là dessus on appliquera un dernier large gâteau d'ouate humide, un carré de taffetas gommé et quelques tours de bande de crépon.

Toutes les trois heures, le malade retirera le pansement extérieur, sans toucher à la mèche intérieure; arrosera celle-ci laissée en place avec la solution précitée, refera le pansement extérieur.

Ce traitement local sera aidé par une médication interne et par une hygiène spéciale.

A l'intérieur, on prescrira suivant la circonstance : antipyrine, quinine, purgatifs, enfin la levure de bière (trois fois par jour, aux repas, en prendre gros comme une noisette délayée dans de la bière ou de l'eau gazeuse). On recommandera au malade de garder la chambre pendant les froids de l'hiver; d'éviter tout ce qui peut faire affluer le sang à la tête : vin, café, alcool, chambre chaude; de se nourrir d'aliments liquides et en purée, pour éviter les chocs du condyle du maxillaire sur le conduit.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs se calment et le furoncle s'ouvre spontanément ou bien il est nécessaire de l'inciser dès qu'il pointe, pour éviter les fusées purulentes périauriculaires.

On doit inciser au point saillant, sans spéculum, en mettant bien en vue les furoncles par des tractions centrifuges exercées soit en tirant en haut et en arrière le pavillon, soit en portant en avant le tragus.

On embroche le furoncle à sa base, avec le furonculotome d'Hartmann, en tournant le tranchant de l'instrument vers le centre du conduit et en plongeant le plus profondément possible dans la peau, puis on sectionne le furoncle ainsi transforé, de sa base vers son sommet, en faisant un peu basculer la lame, comme si l'on voulait ramener la pointe à soi.

Après l'incision, on vide le furoncle à l'aide de pressions latérales sur les parois du conduit. Lorsqu'on a ainsi largement incisé, puis plus ou moins vidé le furoncle, on reprend les pansements humides. Les pansements consécutifs devront être faits par le médecin lui-même.

Pour éviter les rechutes, on prescrit pendant quelques jours, des bains d'oreille, dix minutes (trois fois par jour) avec de l'alcool boriqué à 1/20. On recommandera au malade de ne jamais porter les doigts à son oreille.

G. Lyon.

Ferripyrine dans les affections auriculaires (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 1, 1900). — Pevintzky, d'Odessa, a observé l'action de la ferripyrine dans 45 cas d'affections auriculaires. Chez 45 malades il y avait otite moyenne aiguë; chez 8 autres otite chronique, enfin chez les 12 autres malades, en outre d'un écoulement purulent chronique, des granulations et des polypes dans la caisse.

La ferripyrine a été administrée en solution aqueuse de 1 à 2 0/0 sous forme d'instillation.

Voici quels ont été les résultats : sur les 15 malades atteints d'otite moyenne aiguë, chez 12 l'écoulement s'est arrêté complètement et chez 8 la perforation de la membrane du tympan s'est cicatrisée. La durée du traitement, dans ces cas, n'a pas dépassé 28 jours.

Dans les trois autres cas la perforation et l'écoulement ont persisté bien qu'on eût continué à administrer la ferripyrine pendant 66 jours. Il serait inutile de s'arrêter longtemps et en détail sur toutes les autres observations de l'auteur. Ce qui est important c'est le fait qui se dégage de ces observations et ce fait est celui-ci : la ferripyrine agit le mieux dans les affections aiguës, le moins bien dans les affections chroniques. Son action astringente peu prononcée, ses propriétés antiseptiques et la propriété qu'elle possède de former dans les régions profondes de l'oreille un revêtement imperméable, ainsi que son action nettement absorbante sur les processus hyperplastiques de la cavité tympanique, tout cela met la ferripyrine sur le même rang que le nitrate d'argent, la liqueur ammoniacale acétique et l'alcool.

La ferripyrine présente les inconvénients suivants : Un certain nombre de malades ne peuvent pas la supporter. Parfois la ferripyrine détermine la formation de caillots solides dans la caisse du tympan où ces caillots peuvent s'opposer à l'écoulement du pus. Lorsqu'on

cherche à enlever ces caillots, les malades souffrent. J. Roubleff.

Traitement de la tuberculose laryngée dans les sanatoria (*St-Petersburger méd. Wochenschr.* n° 50, 1899). — Lorentz estime que c'est surtout dans la tuberculose laryngée que le séjour au sanatorium peut rendre des services au malade, en lui procurant le repos dont il a le plus grand besoin. Il va sans dire que la surveillance doit être beaucoup plus minutieuse encore que lorsque le larynx n'est pas atteint. Le malade peut être facilement mis à l'abri des causes nocives principales, telles que l'action de parler, la fumée de tabac, l'ingestion d'épices, de liquides trop alcoolisés, d'aliments trop chauds ou trop froids, etc.

Le froid vif et sec des régions septentrionales ou élevées est ici préférable au froid moins accentué mais humide du centre de l'Europe. Mais la condition *sine quâ non* est que le patient ne respire que par le nez et que la sortie à l'air libre soit entourée d'une surveillance toute spéciale et les permissions données moins facilement qu'en cas de tuberculose pulmonaire.

Sur 21 cas observés par l'auteur dans un sanatorium de Finlande, 6 ont guéri, 8 ont été améliorés, 7 n'ont pas été améliorés : parmi ces derniers, on compte 5 décès.

Comme traitement médical, l'auteur recourut quelquefois à l'ichthyol et au gaïacol : les sueurs nocturnes furent de préférence combattues par l'administration de cognac dans du lait, les hémoptysies par l'hydrastis, l'ergotine, etc.

Le traitement local a consisté en repos de l'organe, suppression du tabac, badigeonnages de cocaïne à 10-20 0/0 avant les repas en cas de dysphagie, ou en insufflations du mélange suivant : cocaïne 0,5, morphine 0,25, iodol 5. Dans ces derniers temps, on utilisa avec succès un mélange de 4 gr. d'orthoforme et de 20 gr. d'huile d'amandes douces.

Les lésions locales furent modifiées par des badigeonnages d'huile mentholée à 5-10 0/0, des insufflations de sozoïodolate de zinc, ou en cas d'insuccès, par des badigeonnages de parachlorophénol dissous dans la glycérine (5 0/0). Les infiltrations anciennes, sans catarrhe, furent badigeonnées avec la solution suivante : iode pur 0,2 gr., iodure de potassium 0,2 gr., glycérine 20 gr. En cas d'œdème de l'épiglotte et des replis aryépiglottiques, on fit, après anesthésie locale à la cocaïne, des scarifications profondes, suivies de badigeonnages à l'acide lactique en solution à 50-70 0/0, 1 à 2 fois par semaine. En même temps, on prescrivait des inhalations de parachlorophénol : ces dernières furent continuées après cicatrisation des ulcérations, pour amener la résorption des exsudats. E. Vogt.

Dilatations intensives de la cage thoracique comme hémostatique dans l'épistaxis (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 11, 1899). — Après avoir passé en revue les différents procédés proposés jusqu'ici contre l'épistaxis, Théodorovitch propose le procédé suivant comme le plus sûr.

Le malade est debout ou assis, le cou tendu sans renverser la tête. On met ses bras sur la tête de telle façon que les doigts d'une main touchent le coude de l'autre bras. Puis on lui fait faire par la bouche un certain nombre d'aspirations tranquilles aussi profondes que possible. Par suite d'une dilatation intense de la cage thoracique et du reflux du sang des veines céphaliques et nasales dans les veines pulmonaires, les parois des veines nasales s'appliquent l'une sur l'autre et l'hémorragie s'arrête.

L'auteur a appliqué ce procédé dans 14 cas d'épistaxis et avec succès.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° La muqueuse nasale reste intacte, la cavité nasale reste libre et facilement abordable à l'examen consécutif et par conséquent au traitement,

Les bras relevés et les mains mises sur la tête, le malade reste forcément tranquille et ne dérange pas ainsi le médecin dans les manipulations auxquelles celui-ci croit nécessaire de se livrer.

Il est évident qu'une fois l'épistaxis arrêtée, il est indispensable pour prévenir les récidives de rechercher d'où et pourquoi vient l'hémorragie et de prendre des mesures en conséquence.

J. Roubleff.

Traitement de l'ozène (*Thérapeutique moderne Russe* n° 12, 1899). — Pernitjky a expérimenté dans l'ozène des injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique (qu'on a employé assez souvent dans ces dernières années) et l'a trouvé complètement inefficace même au point de vue de la fétidité. (Le sérum en question était cependant bon puisqu'il s'est montré efficace dans la diphtérie),

Pernitjky a obtenu de meilleurs résultats par l'électrolyse (pôle positif en cuivre). L'électrolyse fait disparaître complètement la fétidité (après trois ou quatre séances) mais ce procédé présente des inconvénients considérables : il est très douloureux, ne modifie nullement l'état de la muqueuse nasale, n'agit pas spécifiquement sur les parasites de l'ozène et enfin ne détermine qu'une amélioration passagère.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Savon à l'huile de chaulmoogra dans la lèpre (*Monatsh f. pr. Dermatologie*, n° 3, 1900). — L'huile de chaulmoogra constitue toujours encore le médicament interne le plus efficace contre la lèpre, mais pour Unna, les doses élevées nécessaires pour obtenir un effet sérieux ne sont supportées que par un malade environ sur dix. L'acide gynocardique, le principe actif de l'huile, donné en pilules, kératinisées ou non, provoqne aussi bien que l'huile des troubles dyspeptiques.

On sait qu'Unna a découvert, d'un autre côté, que le bacille de la lèpre contient un corps gras, et que la potasse caustique représente le meilleur antilépreux au point de vue de l'usage externe. Il était donc naturel que l'idée lui vînt d'administrer à l'intérieur aussi un alcali fort, et de le combiner à l'huile de chaulmoogra. Il va sans dire que la potasse devait être abandonnée ; l'auteur fit en conséquence préparer un savon avec l'huile et la soude caustique, et le prescrivit en pilules kératinisées.

Les pilules sont très volumineuses, mais les malades les prennent facilement : elles ne provoquent aucun accident dyspeptique, et certains malades en ont pris jusqu'à 6000, depuis deux ans que l'auteur prescrit ces pilules. En général, on conseillera la dose de 10 pilules par jour : des examens répétés ont démontré qu'elles sont entièrement digérées dans l'intestin grêle.

Voici le mode de préparation : 1000 grammes d'huile de chaulmoogra sont additionnés d'une lessive de soude de 175 grammes pour 750 grammes d'eau distillée et portés au bain-marie dans une capsule en porcelaine : on chauffe jusqu'à obtention d'un savon mou transparent, facilement soluble dans l'alcool étendu. On ajoute à ce savon 3500 grammes d'eau distillée et on chauffe sur un foyer jusqu'à la limite de l'ébullition : à ce moment, on ajoute une solution contenant 300 grammes de chlorure de sodium pour 900 d'eau distillée, et on continue à chauffer jusqu'à ébullition. On laisse ensuite refroidir, on enlève le gâteau de savon (de 1400 à 1500 grammes) et on le lave à grande eau ; on le sèche ensuite par compression.

Chaque pilule pèse 0 gr. 45 et contient 0 gr. 18 de savon gynocardique, correspondant à 0 gr. 15 d'huile de chaulmoogra.

E. Vogt.

Traitement de l'épithélioma de la face (*Société de Dermatologie*, 1er mars 1900). — A propos d'une malade, atteinte d'épithélioma du nez, dans le service de M. Hallopeau, la discussion s'est étendue à la curabilité de cette lésion redoutable et de gravité si différente suivant les cas. La malade de M. Hallopeau a subi l'excision chirurgicale suivie d'une restauration autoplastique par un lambeau frontal, pratiquée par M. Morestin. La récidive est venue et, fait particulier, elle a creusé la face tout autour des lambeaux autoplastiques, respectés par le processus destructif. Il en résulte, comme le fait observer M. Broco, que dans ces cas au moins, le chirurgien devra emprunter l'étoffe de ses lambeaux en des points éloignés du siège de la lésion, c'est-à-dire non infiltrés par le néoplasme. D'autre part, la thérapeutique ne doit être choisie qu'après une biopsie préliminaire, qui donnera au point de vue des moyens à employer, des indications plus précises. MM. Du Castel et J. Darier, pensent en effet, qu'en prélevant un fragment de peau au niveau de la zone qui entoure le néoplasme, *dans les tissus d'apparence saine*, on saura si, oui ou non, des amas épithéliomateux n'ont pas infiltré les lymphatiques. C'est actuellement le seul moyen de savoir si l'on a affaire à l'une des deux grandes variétés d'épithéliomas de la face, l'*uleus rodens*, spontanément curable ou justiciable de la méthode de Czerny-Trunecek, ou encore l'épithélioma superficiel, à type papillaire, limité par une coque de tissu fibreux, également curable ; ou bien à la deuxième variété à l'épithélioma malin (angle de l'œil) plongeant, à tendance carcinomateuse. Le chirurgien ne doit attaquer ces dernières tumeurs à tendance récidivante que s'il est certain de pouvoir dépasser les limites du mal. Si le malade refuse toute intervention chirurgicale, on peut essayer les applications d'acide arsénieux de Czerny-Trunecek, mais, pour faire porter leur action assez loin, MM. Darier et Besnier conseillent de creuser des tranchées dans l'épaisseur des tissus malades, à la rugine ou au galvanocautère.

A. Benoit.

Herpès du doigt, par F. Guermonprez et A. Platel (*Journal des maladies cutanées*, décembre 1899). — L'herpès ou zona du doigt existe réellement, quoique beaucoup de praticiens négligent le soin d'en signaler les particularités et jusqu'à l'existence. Son étiologie demeure incontestablement obscure.

Le début du zona du doigt est souvent brusque. Il est rare qu'on puisse l'imputer à une inoculation aussi incontestable que celle qui résulte du contact d'une éruption d'herpès labial, préputial, vulvaire ou du tronc. Il est moins

rare de l'observer chez les gardes-malades, chez les blanchisseuses de linge d'hôpital et chez les professionnels de même sorte qui ont manipulé sans précautions suffisantes des linges chargés de suppurations infectieuses. Dans ces circonstances, l'herpès n'est pas toujours parfaitement caractérisé; il coïncide avec l'onyxis ou lui succède si communément qu'on peut considérer la suppuration sous-épidermique d'une portion étendue du doigt comme une manifestation bâtarde mixte ou incomplètement caractérisée.

L'origine infectieuse et sa transmission directe au doigt paraît être la cause ordinaire de l'herpès; il est cependant beaucoup plus fréquent d'entendre les intéressés mettre en cause un traumatisme et lui attribuer une part dans l'origine du zona du doigt. Dans quelques cas cependant, la coïncidence de l'éruption et d'un traumatisme mérite d'être examinée de plus près.

Le début de la maladie est souvent, presque toujours, une surprise, et il est difficile d'en dégager après coup, les obscurités.

L'herpès du doigt est d'emblée une sorte d'éruption en nappe, non pas seulement une bulle, mais une véritable et ample vésicule; on a bien des fois dit « une brûlure ». C'est inexact. Tandis que la vésicule de la brûlure est bombée, celle du zona du doigt est relativement plate, comme étalée, également saillante à sa périphérie et à son centre. Si on examine obliquement sa surface, on ne la trouve pas uniforme comme celle d'une phlyctène de brûlure : on discerne des portions saillantes et des portions déprimées comme par une ébauche de capitonnage; les portions les plus saillantes sont les sommets des vésicules; les portions les plus déprimées sont ternes; c'est là qu'est l'exsudat qui maintient une adhérence partielle entre le derme et l'épiderme.

Les tissus sous-jacents du doigt sont tuméfiés, mais cette tuméfaction ne s'arrête pas à la limite de la vésiculation : elle s'étend à la racine du doigt et même à la région métacarpienne correspondante spécialement du côté dorsal. Cette tuméfaction est moins volumineuse que celle du phlegmon du doigt, l'œdème dorsal de la main est également moins important que celui de l'infection phlegmoneuse, mais ces deux signes contrastent avec l'état de la portion périphérique du doigt qui est amaigri et quelque peu flétri.

L'herpès peut siéger à n'importe quel doigt de la main, mais il est peut-être un peu moins rare au pouce et au médius. Il est rarement terminal, il se localise, soit à la phalange métacarpienne, soit à la phalange moyenne, ou bien il s'étend aux deux simultanément; on le voit plus rarement s'étendre à la totalité du doigt, dont l'épiderme est ensuite complètement renouvelé.

Le traitement ne comporte ni débridements, ni cautérisations; il convient d'éviter les applications aqueuses, soit sous la forme de bain, soit sous la forme de lotions on même de pansements : ce serait augmenter l'hyperesthésie. Les pansements gras sont les seuls qui soient tolérables durant les premiers jours; il convient de les renouveler très souvent, afin de délivrer le malade des sécrétions qui lui sont pénibles. Dans le même but, il y a lieu d'inciser l'épiderme décollé et d'éviter la propagation sous-épidermique de l'éruption. Plus tard, on s'adressera aux pansements par occlusion, au moyen de sparadrap à la glu, de façon à immobiliser le doigt.

E. Vogt.

Le collodion ichthyolé dans le traitement des nævus vasculaires (*Monatshefte f. pr. Dermatologie*, n° 5, 1900). — Unna recommande pour exercer une compression sur les angiomes des nourrissons, des badigeonnages de collodion ichythyolé (ichthyol 1 gr., collodion 9 gr.), 2 à 3 fois par jour : au bout de quelques jours, il s'est formé une croûte épaisse que l'on détache pour recommencer les badigeonnages jusqu'à disparition de l'angiome : il est préférable de continuer le traitement une fois ce résultat obtenu pour éviter les récidives. On peut combiner aux badigeonnages des séances d'ignipuncture.

Ce procédé est surtout actif quand on a affaire à un angiome à croissance rapide : les angiomes veineux ne sont pas influencés. Il est d'un autre côté beaucoup plus efficace chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé.

E. Vogt.

Traitement des ulcères et des plaies cutanées par Veratti (*Gazzetta medica Lombarda*, novembre 1899). — Pour la guérison des ulcères et des plaies cutanées, l'auteur fait remarquer qu'il ne faut pas se borner exclusivement à une médication interne ou au traitement local, mais que dans la plupart des cas, on doit combiner le traitement anti-diathésique avec le traitement local.

Pour ce dernier, il a observé que la greffe épidermique ou cutanée ne donne pas de bons résultats, particulièrement quand les plaies sont grandes, et qu'il faut plutôt se servir de la greffe d'éponge, en utilisant des petits morceaux d'une éponge fibreuse, coupés en tranches et lavés dans une solution phéniquée à 5 0/0.

Ces greffes produisent une cicatrisation par leur action mécanique, stimulante, et résorbante exercée par l'éponge sur la plaie, ainsi que par l'action complexe exercée par l'éponge quand elle devient adhérente aux néoformations inflammatoires.

A. Rondino.

Le prurit, ses complications, son traitement, par Du Castel (*Bulletin médical*, n° 20, p. 225, 1900). — Quelle que soit la forme de prurit, qu'il s'agisse d'un prurit généralisé ou localisé, compliqué d'éruption ou non, qu'il s'accompagne de lésions consécutives au grattage ou indépendantes de celui-ci, la première chose à faire est de pratiquer l'occlusion, but qui sera d'autant plus facilement atteint que la lésion sera plus localisée. L'occlusion supprime le grattage qui est la cause des éruptions consécutives au prurit, ainsi que l'a montré Jacquet. Le procédé typique d'occlusion est l'enveloppement ouaté, d'après la méthode de Jacquet. Il y a ensuite les emplâtres, procédé qui permet de réaliser, en même temps que l'occlusion, une certaine action médicamenteuse. On peut employer des emplâtres indifférents, comme l'emplâtre à l'oxyde de zinc, ou irritants, tels que l'emplâtre salicylé. Puis vient le caoutchouc, ou plutôt la toile caoutchoutée; cette toile fine est maintenue par des bandes. On peut interposer entre cette toile et la peau des compresses de gaze imprégnées d'eau amidonnée ou d'eau boriquée, après ébullition préalable.

Une autre manière de pratiquer l'occlusion consiste dans l'emploi des colles ou gélatines; c'est un procédé supérieur aux précédents.

La plus usitée des colles est celle à l'oxyde de zinc, dont voici la formule ;

Gélatine.....	150	grammes
Grénétine.....	100	—
Gomme arabique....	5	—
Glycérine..... } Oxyde de zinc.... }	ãã 300	—
Phénosalyl.....	2	—

C'est une substance solide à l'état froid. On la fait chauffer afin de la rendre liquide et, quand elle est refroidie, mais avant qu'elle ait repris sa consistance primitive, on en badigeonne, à l'aide d'un pinceau de blaireau, les surfaces à occlure; aussitôt après, on prend de l'ouate et on fouette la surface de la colle, de telle sorte qu'une certaine quantité de brins de ouate adhérent à la surface encore liquide, puis on laisse le tout refroidir.

On a encore utilisé les pâtes dont la plus usitée est la pâte à l'oxyde de zinc (parties égales de vaseline et d'amidon).

Avant de procéder à l'occlusion, il faut traiter les pustules ou les furoncles qui peuvent exister, au moyen de lotions de sublimé, d'eau boriquée, de l'occlusion avec l'emplâtre rouge de Vidal ou de Vigo, des lotions phéniquées, des attouchements à la teinture d'iode.

Il ne faut pas occlure une trop grande étendue de la peau, si le rein fonctionne mal, de crainte d'une répercussion sur les organes internes.

L'hydrothérapie est un moyen de traitement des plus efficaces: on l'emploie sous forme de douches chaudes administrées à l'aide d'une pomme d'arrosoir. La température de l'eau sera aux environs de 35° et la douche durera de deux à quatre minutes. Deux médications internes peuvent être employées : l'acide lactique et la levure de bière; l'acide lactique se donne aux enfants à la dose de VI gouttes, chez les adultes à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes.

G. Lyon.

Suppression de la toile (*Monatshefte f. pr. Dermatologie*, n° 4, 1900). — Il nous a été difficile de rendre l'énergique expression d'Unna (*Fort mit den Leinen !* A bas la toile !) L'auteur considère que rien n'est plus condamnable que la pratique courante au point de vue du pansement en dermatologie. Si l'on prescrit une pommade pour un eczéma, par exemple, le malade recouvre, dans l'immense majorité des cas, la partie en traitement d'un lambeau de vieille chemise ou de mouchoir : le lendemain, le médecin constate que la toile a absorbé une grande partie du topique, et que la dermatite n'est en rien modifiée. Le résultat thérapeutique est tout différent, si l'on recouvre la pommade d'une mince couche d'ouate qu'on fixe avec une bande. La toile en effet absorbe beaucoup plus aisément les corps gras que l'ouate, et celle-ci est, sous ce point de vue, bien inférieure encore à la laine ou à la flanelle, dont aucun malade ne songe à se servir.

D'où vient que la toile jouisse de la faveur du public? Du fait qu'elle constitue un tégument rafraîchissant, très agréable quand un point quelconque de la surface cutanée est enflammé. La toile doit ces avantages à ses qualités d'absorption et d'évaporation, qui deviennent des défauts, lorsqu'il s'agit de recouvrir un topique gras.

Mais c'est surtout dans l'eczéma infantile que le bonnet de toile exerce ses ravages, car il empêche toute action en profondeur de la pommade : avec lui, il est pour ainsi dire impossible de faire disparaître les eczémas secs squameux. Dans les cas de ce genre, le bonnet en toile cirée est seul pratique.

Si l'action en profondeur n'est pas indispensable et que l'on cherche, comme dans l'eczéma aigu vésiculeux, les dermatites artificielles, etc., à faire absorber les sécrétions, à augmenter l'évaporation et à activer la dessication, la toile est indiquée; mais dès qu'il existe un suintement abondant, elle s'imbibe de liquides albumineux, devient dure et adhère à la surface dénudée. Les pâtes recouvertes d'ouate, fixée par une bande, devront être préférées dans ce cas.

E. Vogt.

Idiosyncrasie hydrargyrique (*Monatsh. f. pr. Dermatologie* n° 5, 1900). — Sequeira donne l'observation d'un malade chez lequel l'application du calomel en poudre sur un chancre provoqua un exanthème considérable. A l'apparition de la roséole spécifique, on essaya des frictions d'onguent napolitain (1 gr. par jour) : au bout de deux jours, l'exanthème se manifesta. On fit alors, quinze jours plus tard, une injection de 0,01 gramme de sublimé, qui provoqua au bout de dix minutes une syncope. Sur la demande expresse du malade, l'auteur fit une nouvelle injection le lendemain : elle eut le même résultat : de plus, l'exanthème reparut le lendemain. Au bout de quelques jours, on reprit le traitement antisyphilitique (une seule pilule de tannate d'hydrargyre à 0,10 grammes) : l'exanthème reparut de suite. En désespoir de cause, l'auteur se décida à commencer par la dose minime d'une pilule de tannate de 0,04 gramme par jour, et l'on monta insensiblement à 3 pilules de 0,10 grammes par jour sans accident. Quand le malade eut pris 12 grammes de tannate en tout, on arrêta la médication, qui fut reprise quelque temps plus tard (1 pilule de 0,10 grammes par jour, puis 3 pilules) : l'exanthème fit défaut. Il semble donc que l'accoutumance s'est produite avec le temps.

L'observation prouve qu'il ne faut pas désespérer en présence d'un cas d'idiosyncrasie, mais rechercher le mode d'administration que le sujet supporte le mieux. La rapidité avec laquelle le malade a guéri démontre d'un autre côté la justesse de la remarque faite par plusieurs auteurs, à savoir que les malades présentant des idiosyncrasies pour le mercure sont très sensibles à l'action thérapeutique de ce médicament.

E. Voor.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Influence de la résection des veines spermatiques sur la dysurie des prostatiques, par Blanco (*in Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 10). — C'est au cours d'opérations de résections de veines spermatiques pour varicocèle que l'auteur a été amené à voir les bons effets de cette opération sur la dysurie des prostatiques : cela se rapproche de l'angioneurectomie d'Albarran et Motz. C'est en diminuant la stase veineuse dans le testicule que l'on produit une décongestion de la prostate.

E. Chevalier.

Note sur un cas de bactériurie, avec quelques remarques sur le diagnostic des prostatites, par A. Gassmann (de Berne) (*in Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 148). — Passant en revue une grande partie des cas de bactériurie publiés, et étudiant les moyens d'éviter les erreurs dans les études des sécrétions uréthrales, prostatiques, vésicales et vésiculaires, l'auteur rapporte l'histoire d'un malade de trente-quatre ans, chez lequel la bactériurie vésicale parut nettement naître d'une vésiculite séminale, suite d'une blennorragie, le microbe était un staphylococcus albus peu virulent. Le traitement le meilleur consiste en des instillations de nitrate d'argent.

E. Chevalier.

Remarques sur l'évolution et le diagnostic des tumeurs cancéreuses du rein, par Guyon (*in Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 1). — A propos de l'histoire de trois malades entrés dans son service de clinique de Necker, l'auteur expose l'évolution et le diagnostic du cancer du rein. Il montre l'importance des caractères de l'hématurie à type néoplasique, de la douleur, le rôle de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères et combien on doit penser au néoplasme quand on ne trouve pas d'autre explication plausible de l'hématurie.

E. Chevalier.

Traitement de la blennorragie d'après le procédé de Janet (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 1, 1900). — Bourjaloff a employé le procédé de Janet chez 50 malades (7 cas aigus, 15 subaigus, 19 chroniques, 7 épididymites, 2 cystites). La concentration de la solution a été d'autant moins forte que les phénomènes inflammatoires ont été plus prononcés. L'auteur en se basant sur ces 50 observations estime que le procédé de Janet a un avantage considérable sur les procédés thérapeutiques habituellement employés.

La durée de la maladie est considérablement diminuée.

J. Rousseau.

Traitement chirurgical de la tuberculose rénale (*Société de médecine interne*, 29 janvier 1900). — M. Kouto est partisan de la *nephrectomie* de préférence à la *résection* du rein dans le cas de lésions graves de cet organe, à la condition que l'autre rein soit sain, ce qui est difficile à vérifier, avec nos moyens actuels. Il a pourtant réussi à avoir des guérisons qui se maintiennent par le traitement radical. M. Ba-

DAN croit que certains cas sont parfaitement justiciables de la résection simple. M. Max Wolff a noté six guérisons complètes après la résection de foyers circonscrits. M. CASPER se prononce pour l'abstention totale, la tuberculose rénale étant, dit-il, compatible avec une longue survie. La détermination des cas opérables semble donc, d'après cette discussion, le point de critique à poursuivre dans nos études ultérieures.

A. BENOIT.

Action des hypnotiques associés aux diurétiques sur la fonction rénale par PIROCCHI (*Policlinico*, 1er janvier 1900). — L'auteur, dans le service de M. Luciani, a fait plusieurs expériences sur les lapins à l'effet d'étudier l'action des hypnotiques, associée aux diurétiques sur la sécrétion rénale.

Comme hypnotiques, il a employé le chloral et le sulfate de duboisine; comme diurétiques, il a utilisé de la caféine, la diurétine, le nitrate de potasse, le nitrate de sodium et l'arbutine.

Les remèdes furent appliqués par injections hypodermiques, l'animal était déjà opéré d'une fistule vésicale où l'on avait introduit un tube à drainage. Les voies naturelles furent interrompues par la ligature de l'urètre : — d'abord, on injectait le diurétique et après en avoir observé les effets, on administrait le narcotique.

De l'étude de ses résultats, l'auteur a conclu :

1° que le chloral augmente constamment l'action diurétique de l'arbutine et de la caféine, ainsi que celle de la diurétine et du nitrate de potasse, mais qu'il n'a aucun effet sur le nitrate de sodium.

2° que le sulfate de duboisine augmente l'action diurétique de la caféine, du nitrate de sodium, de la diurétine, de l'arbutine ainsi que du nitrate de potasse.

3° que la caféine n'aurait pas son effet diurétique si elle n'était pas mêlée aux hypnotiques.

4° que la diurétine serait la seule substance capable d'une action diurétique sans l'aide des hypnotiques.

A. RONDINO.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité

à l'hôpital de la Charité

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine (*Société de chir.*, 28 février 1900). — M. REYNIER a enregistré à l'heure actuelle des faits qui semblent démontrer que la laparatomie s'impose dans toute hématocèle rétro-utérine abondante; des lésions des annexes en sont souvent la cause et l'ablation des ovaires est le seul moyen d'éviter les hémorragies secondaires, si ce n'est même de nouvelles interventions après une colpotomie insuffisante. Pourtant, il convient que la simple incision vaginale du cul-de-sac postérieur est suffisante pour les petites hématocèles. Quant aux cas qu'il cite de MM. Peyrot, Routier, Potherat, qui auraient vu des hémorragies graves à la suite de la colpotomie, on ne peut en rendre en aucune façon responsable l'acte opératoire; cela prouve simplement que cette intervention parfaitement bénigne n'a pas empêché de nouvelles hémorragies ou inondations péritonéales de succéder à la première.

A. BENOIT.

Traitement d'une variété fréquente d'avortements, au moyen de la gymnastique et du massage par M. STAPFER (*Revue de Cinésie et d'Electrothérapie*, 20 février 1900). — Ce travail est destiné à faire ressortir les avantages de la mécanothérapie sur l'immobilisation dans le traitement des menaces d'avortement par congestion.

Les menaces d'avortement par congestion se révèlent dans les trois premiers mois par des hémorragies chroniques d'ordinaire intermittentes, quelquefois continues, variables en quantité et en qualité.

On constate encore dans les cas de congestion : la pesanteur avec ou sans abaissement de l'utérus ; l'augmentation de volume de l'utérus, quelquefois la déviation de l'organe gestateur, souvent l'immobilisation utérine avec infiltration ou œdème de ses parois, de ses ligaments et des tissus conjonctifs ambiants.

Contre les phénomènes congestifs, l'auteur emploie d'abord, en dehors de l'indispensable séparation conjugale, la gymnastique seule; puis, si elle échoue ou si elle est insuffisante, il lui associe le massage.

La gymnastique suffit dans nombre de cas où l'hémorragie domine la scène. Elle doit être employée chaque jour, une ou deux fois par jour. Peu de mouvements chaque fois. C'est par la qualité non par la quantité qu'ils prévalent.

Le principal de ces mouvements, consiste dans l'action combinée des muscles pelvi-trochantériens et des masses dorsales. C'est un mouvement de résistance. La femme soulève le siège en s'arc-boutant sur la nuque et les talons.

La femme étant ainsi arc-boutée, sans tension de la sangle abdominale, on fait agir les pelvi-trochantériens, c'est-à-dire que la femme, tout en respirant librement, écarte les genoux pendant que le médecin exerce une résistance mo-

dérée. Puis le médecin rapproche, jusqu'au contact, les genoux de la femme, qui résiste.

Tels sont les traits essentiels du principal exercice gymnastique capable d'arrêter ou de modérer les hémorragies du petit bassin. C'est Brandt qui a découvert les propriétés hémostatiques de ce mouvement d'abduction fémorale siège soulevé.

Bien que l'abduction fémorale siège soulevé procure à quelques femmes une sensation de bien-être et de légèreté, la gymnastique seule ne supprime pas d'ordinaire l'abaissement, l'immobilisation du globe utérin, l'infiltration des tissus ambiants et autres symptômes objectifs ou subjectifs de la congestion pelvienne.

Enfin la gymnastique réussit rarement à remettre l'utérus en place. La réduction est souvent utile, mais cette opération ne suffit pas toujours à écarter la menace d'avortement.

Donc, lorsque la gymnastique est inefficace ou insuffisante, on doit y joindre le massage.

Le massage est quotidien comme la gymnastique qui lui sert de succédanée. Il dure une, deux ou trois minutes. Il est léger, péri-utérin et se compose de frictions circulaires et de vibrations. Dans les premiers temps le pendule est le seul régulateur, car le doigt qui touche ne perçoit encore aucune modification de tissus. Plus tard le tremblotement gélatineux des organes et leur mobilisation indiquent la fin de la séance. S'il y a une réduction à opérer, on attend que cette mobilisation soit parfaite et que la réduction se fasse sans aucun effort. L'auteur joint à ces manœuvres l'élévation de l'utérus dans les cas de prolapsus vrais, c'est-à-dire lorsqu'une portion de l'organe gestateur fait issue. Cette opération nécessite un aide. Mais quelquefois, quand l'utérus est antéversé, gros, aisément perceptible par le palper, l'auteur exécute seul, sans aide, deux ou trois vibrations avec pression légère, très élastique, dans le fond du cul-de-sac antérieur, ce qui assouplit l'appareil de suspension.

L'utilité de la méthode ci-dessus est démontrée par une observation détaillée que publie l'auteur; il conseille en outre la kinésithérapie préventive à toutes les femmes sujettes à des menaces d'avortement. Il ne faut pas abandonner les patientes à elles-mêmes avant qu'elles sachent bien exécuter les exercices.

E. Vogt.

Avortement provoqué dans les affections cardiaques (*Rapport au Congrès des médecins russes à Kazan*, 1899). — Bondareff, de Dorpat, a eu l'occasion d'observer 12 femmes enceintes et atteintes d'affections cardiaques (11 malades sans compensation, une malade avec compensation). Chez la dernière malade, la grossesse est arrivée normalement à son terme. Chez une autre femme on a provoqué l'avortement à trois reprises, et chaque fois l'affection cardiaque, de non compensée qu'elle était devenue au début de la grossesse, est revenue compensée. Une malade qui s'est trouvée considérablement améliorée par l'avortement provoqué à une première grossesse, a refusé de se soumettre au même traitement à une nouvelle grossesse et a fini par mourir.

Il résulterait de ces faits que la grossesse non seulement aggrave l'affection chronique du cœur, mais qu'en outre, elle peut provoquer la mort (comme cela est arrivé dans le cas que nous venons de citer), par suite d'une aggravation des troubles de compensation.

D'un autre côté les phénomènes menaçants disparaissent rapidement, jusqu'au rétablissement de la compensation complète toutes les fois que la grossesse est interrompue d'une façon ou d'une autre.

Ces observations sont importantes, non seulement parce qu'elles démontrent combien est fausse l'opinion qui admet que l'interruption de la grossesse n'a aucune valeur, mais encore parce qu'elles peuvent donner quelques explications sur l'influence qu'exerce l'avortement provoqué sur les suites opératoires. En effet l'auteur a observé dans ses 12 cas que l'interruption de la grossesse a exercé une action favorable.

Il est certain que la grossesse peut évoluer sans que la compensation cardiaque soit tant soit peu troublée : l'auteur en a observé un cas; mais toutes les fois que les phénomènes menaçants du côté du cœur se sont déjà produits et continuent à s'aggraver, tandis que la grossesse n'est pas encore parvenue au cinquième mois, ou bien si elle est déjà plus avancée, le médecin a pour devoir d'intervenir activement. Il doit interrompre la grossesse d'une façon ou d'une autre, sinon la mort peut être le résultat de son abstention.

J. Roubleff.

Nouveau procédé d'anesthésie obstétricale (*Wratch*, n° 12, 1899). — Le procédé d'anesthésie obstétricale le plus simple consisterait, d'après certains auteurs, à badigeonner avec une solution de cocaïne les points sensibles du nez, notamment certains points de la région antérieure des deux conques nasales et des papules de la cloison. Mansouroff, qui a expérimenté ce procédé chez 7 parturientes, a constaté son incontestable efficacité : une demi-heure après le badigeonnage, avec une solution de cocaïne à 20

pour 100, les contractions utérines deviennent plus rares et moins douloureuses. Cet état dure pendant 1 h. 1/2 à 2 heures : au bout de ce temps les contractions retrouvent leur intensité primitive.

La même action anesthésique a été observée par l'auteur dans 1 cas de tranchées et dans 6 cas de menstruations douloureuses.

L'auteur ne nous dit pas si cette anesthésie n'exerce pas une action fâcheuse sur la durée de l'accouchement.

J. Roublefff.

Pédiatrie

Dr Thiemorlin

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

La Balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par Ausset (*Société de Pédiâtrie*, 9 janv. 1900). C'est au-dessous de 5 ans que la fièvre typhoïde infantile est grave ; au contraire, de 5 à 12 ans, dans la seconde enfance la fièvre typhoïde est en général bénigne.

Le nourrisson succombe habituellement à l'intoxication ; il est sidéré par l'infection et l'intoxication typhique et meurt souvent très vite, malgré la balnéation systématique.

Ausset est d'avis qu'il faut baigner systématiquement toutes les fièvres typhoïdes ; plus l'enfant est jeune, plus son système nerveux réagit vite et énergiquement.

Toutefois, on ne doit pas employer d'emblée chez les enfants la méthode de Brand pure. Au-dessous de 4 ans, Ausset emploie les bains à 28°, répétés toutes les deux heures ; il se guide, pour les continuer, plus sur l'état du cœur et du rein que sur l'élévation de la température. Si le bain à 28° ne produit pas un effet suffisant, il refroidit les bains jusqu'à 28° ; et, en cas de besoin, jusqu'à 20° ou même 18°.

G. Lyon.

Doit-on opérer les hernies inguinales des enfants du premier âge? (*Therap. Monatshefte* février 1900). — Francke soutient l'opinion que ces hernies doivent être opérées, à condition d'adopter le procédé qu'il préconise.

Il est certain que les hernies inguinales ou ombilicales des nourrissons présentent une tendance à la guérison spontanée. Pour ces dernières, l'application d'emplâtres caoutchoutés à l'oxyde de zinc rendra de grands services : on confectionnera une pelote en carton qui sera fixée avec du sparadrap par-dessus l'emplâtre.

Lorsqu'il s'agit de hernies inguinales, la situation est loin de se présenter aussi favorablement. L'application d'un bandage représente ici une tâche des plus ardues : si la hernie guérit spontanément, elle laisse trop souvent après elle une tendance à la récidive. C'est pourquoi l'intervention opératoire est nettement indiquée, d'autant plus qu'à cet âge il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indications.

La plupart des chirurgiens craignent de ne pouvoir éviter l'infection de la plaie chez le nourrisson, mais cette infection n'a jamais les mêmes conséquences que chez l'adulte ; elle peut du reste être facilement évitée si l'on applique un pansement qui immobilise les membres inférieurs. Francke, après avoir posé toutes ses sutures, sèche minutieusement le pourtour de la plaie, de préférence avec de la benzine, moins irritante que l'éther. Ceci fait, il saupoudre avec un peu d'airol, applique par-dessus un peu de gaze iodoformée et par-dessus celle-ci une bande d'emplâtre caoutchouté. Ce pansement, s'il est bien fait, tient admirablement et peut être enlevé facilement avec le secours de la benzine. L'emplâtre caoutchouté ne peut s'imbiber de liquides : il est donc préférable chez le nourrisson à tous les autres modes de pansement.

Les huit cas opérés par l'auteur n'ont donné aucune récidive. L'anesthésie générale est préférable à l'anesthésie locale, car l'infiltration des téguments délicats du nourrisson par le liquide injecté rend l'orientation difficile au cours de l'opération. La méthode de Bassini doit être adoptée de préférence, et l'on choisira le catgut pour les sutures profondes, la soie ou le catgut pour la peau : cette dernière aura été savonnée et lavée au sublimé avant l'intervention.

La durée de la narcose est en général de 30 à 45 minutes, ce qui n'a pas d'inconvénient chez le nourrisson.

Donc, il faut opérer les hernies inguinales des enfants du premier âge, à moins que l'état de leur santé générale ne s'y oppose, toutes les fois que le port d'un bandage n'a donné aucune amélioration au bout de quelques mois, que l'enfant pleure beaucoup ou tousse, ou qu'il y a lieu d'espérer faire disparaître par l'intervention un état catarrhal de l'intestin.

E. Vogt.

Traitement du coryza chez les enfants (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 12, 1899). — Dans les cas de coryza chez les enfants, accompagné d'une telle abondance de mucus dans le nez qu'il devient difficile à l'enfant de prendre le sein, Stern a recours au procédé suivant : après avoir induit extérieurement le nez d'une su-

lution tiède à 30 0/0 de térébentine à la vaseline, il instille dans chaque narine quelques gouttes de salicylate de soude et étant arrivé ainsi à liquéfier le mucus (par suite d'une hypersécrétion provoquée par le salicylate de soude), il enlève celui-ci par l'aspiration à l'aide d'un tube en caoutchouc mou long de 10 à 12 centimètres qu'on introduit dans chaque narine consécutivement.

Le traitement que nous venons de décrire est appliqué deux ou trois fois jour suivant les besoins.

J. Roubaeff.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève

Valeur physiologique et thérapeutique de l'iodipine (*Pharmac. Centralhalle*, n° 1, 1900). — Hesse fait remarquer que si l'iodipine représente une combinaison d'iode et d'huile de sésame, il ne faudrait pas croire que d'autres corps gras ne puissent entrer en combinaison avec l'halogène aussi facilement que cette huile : on a choisi l'huile de sésame à cause de son insipidité et de sa digestibilité.

L'iodipine à 10 0/0 d'iode sert à l'usage interne : c'est un liquide jaune clair insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans le chloroforme, le benzol, l'éther de pétrole, etc.

L'iodipine à 25 0/0 est utilisée pour les injections hypodermiques : c'est un liquide épais, de la consistance du miel quand la température est basse, qu'il faut chauffer au moment de l'emploi. Le liquide est rougeâtre, même violacé.

Les recherches physiologiques ont démontré que l'iode ingéré sous forme d'iodipine se dépose dans tout l'organisme, et surtout dans le foie et dans la moelle osseuse, alors que l'iodure de potassium ne s'accumule que dans la moelle osseuse, la grande mammaire et les cheveux. Sous l'influence des liquides alcalins de l'organisme, les dépôts intra-organiques d'iodipine sont graduellement décomposés et l'iode arrive ainsi à exercer son action peu à peu.

L'absence de phénomènes d'iodisme tient indubitablement, quand on administre l'iodipine, au fait que l'huile iodée qui retient fortement l'halogène, n'est résorbée et assimilée que lentement, tandis que les autres préparations iodées sont résorbées en masse dès qu'elles arrivent dans le tube digestif. On constate, en effet, que l'iodipine apparaît, il est vrai, à doses égales, aussi rapidement dans l'urine que les autres préparations iodées, quand on l'administre par la bouche ; mais son élimination dure beaucoup plus longtemps, surtout quand on administre le médicament par voie hypodermique (jusqu'à 70 jours dans des expériences de Klingmuller). Les fèces ne contiennent dans ce dernier cas aucune trace d'iode.

Chez les malades qui supportent malaisément l'ingestion, on donnera l'iodipine dans du lait chaud ou du café chaud : on peut aussi lui additionner de l'essence de menthe et l'administrer dans du cognac. On recommande aussi de faire ingérer de suite après la dose médicamenteuse un peu de pain noir.

La préparation à 10 0/0 est donnée dans la bronchite, l'emphysème et l'asthme bronchique à la dose moyenne de 3 cuillerées à café par jour : mais c'est surtout pour combattre les diverses manifestations du tertiarisme qu'il y aura lieu de prescrire la préparation. Ici, des doses de 40 à 50 grammes par jour sont indiquées par plusieurs auteurs : pour d'autres, l'injection hypodermique doit être de préférence choisie, de façon à éviter toute action nocive sur l'intestin. L'iode n'apparaissant dans ces cas dans l'urine que 3 à 5 jours après l'injection, on fera bien dans les cas graves de donner au début un peu d'iodopine à 10 0/0 par la bouche, en même temps que les injections que l'on fera dans la région dorsale ou fessière. L'injection n'est pas douloureuse.

On a constaté que dans la céphalalgie habituelle, le médicament agit tout spécialement, comme aussi dans l'obésité et les accidents scrofuleux.

E. Vogt.

Recherches sur le naftalan (*Therap. Monatshefte*, mars 1900). — Spiegel et Naphtali ont cherché à isoler du naftalan quelques principes définis : ils ont trouvé les acides palmitique et stéarique, du soufre, en petite quantité, 1 0/0 d'eau, pas de phénols, 12 0/0 environ d'iode.

Comme excipient, le produit paraît présenter quelques avantages. Un mélange de naftalan et d'une solution concentrée d'iodure de potassium (10 0/0 de solution iodurée), ne présentait aucune modification appréciable au bout de quatre mois, bien que le flacon fût simplement bouché avec un bouchon de liège.

En résumé, le produit représente un corps gras d'origine minérale, facile à émulsionner, miscible aux solutions aqueuses ou alcooliques, inaltérable pour ainsi dire, et s'opposant à la décomposition des substances peu stables qu'on lui incorpore.

E. Vogt.

La cryofine (*Therap. Monatshefte*, mars 1900). — Breitenstein a soumis à l'expérimentation le phénétidide de l'acide méthylglycolique ou cryofine, poudre peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, qu'on administre à la dose de 3 grammes environ par jour, 0 gr. 5 correspondant à 1 gramme d'antipyrine : le produit présente des propriétés antithermiques et analgésiques, et est exempt d'inconvénients.

L'auteur a prescrit la cryofine avec succès dans une série de cas de céphalalgies, de migraine vraie, de névralgie, de pleurodynie.

Dans la sciatique aiguë les résultats sont parfois extrêmement rapides.

Il arrive souvent, que les malades, à la suite de l'ingestion de cryofine, éprouvent une invincible tendance au sommeil. L'auteur se propose en conséquence, d'étudier les propriétés hypnotiques du médicament.

E. Vogt.

Un nouvel antiseptique, l'aniodol, par M. Sedan, de Marseille (*Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, février 1900) — Ce nouvel antiseptique est essentiellement composé d'une solution de triméthanol. Son titre bactéricide est en moyenne de 1/5600.

A ses propriétés bactéricides, il joint une faculté de désodorisation non moins utile; il a de plus, l'avantage d'une grande fixité.

Pour les instruments, la solution à 1/5000e suffit, ainsi que pour le nettoyage des mains. Pour les narines, la bouche, le 1/2000e est suffisant. Tous les coryzas, sans exception, même ceux qui sont dus à l'iodisme, sont atténués ou guéris par le reniflage d'eau aniodolée du 1/1500e au 1/3000e à la température de 35°, trois à quatre fois par jour.

Pour les plaies, les injections, les pansements, il faut toujours débuter par le 1/4000e, le 1/3000e rarement, et le 1/2000e exceptionnellement.

Dans la blennorragie féminine, l'aniodol en injections vaginales, utérines, vésicales, en tampons est le médicament de choix; pour les hommes, les résultats sont très inconstants.

Le savon à l'aniodol constitue un excellent moyen de désinfection des mains.

M. Pinard vante surtout les effets désodorants de l'aniodol.

G. Lyon.

Action de la médication cacodylique (*Société médicale des Hôpitaux*, 2 mars 1900). — MM. Widal et Prosper Merklen ont essayé la médication cacodylique chez différents malades, notamment chez des tuberculeux et des leucocythémiques. Ils ont fait usage de cacodylate de soude injecté sous la peau, à la dose quotidienne de 5 ou 10 centigrammes et exceptionnellement, à la dose de 2 centigrammes par jour.

Chez des tuberculeux avancés, ce traitement n'a pas eu grande action. Par contre, chez des tuberculeux au début, le cacodylate de soude a relevé rapidement l'appétit et les forces.

Administré chez deux leucocythémiques, chez une femme atteinte d'adénie et chez un porteu d'un lymphadénome du cou, le cacodylate a réveillé, pendant un temps, l'appétit et l'énergie des malades, mais est resté sans effet sur l'évolution générale de la maladie et sur la formule leucocytaire du sang de ces sujets.

Aux doses indiquées, le cacodylate de soude ne détermine pas, en général, une augmentation du nombre des globules blancs. Il n'en est pas de même des globules rouges dont le chiffre augmente dans des proportions considérables sous l'influence du cacodylate. Dans ce fait est peut-être le secret de l'action stimulante et énergique du médicament.

Le cacodylate de soude relève le chiffre des hématies diminué dans les états anémiques, mais il n'augmente pas celui des hématies chez les sujets dont la richesse en globules est normale.

L'augmentation du nombre des hématies persiste un certain temps encore après que l'on a cessé l'usage de la médication cacodylique. Chez certains sujets, au bout de quelques jours, le chiffre des globules rouges, revenait progressivement au taux primitif.

Chez certains malades, l'augmentation du nombre des globules rouges se fait souvent avec une rapidité vraiment surprenante et, chez un grand nombre de sujets, le chiffre des hématies est déjà considérablement augmenté une demi-heure après la première injection.

Le taux de l'hémoglobine n'augmente pas d'une facon proportionnelle au nombre des globules rouges.

M. Armand Gautier estime que le seul moyen d'administrer le cacodylate de soude est la voie hypodermique, car donner le cacodylate de soude par la bouche ou en injections rectales, c'est rendre le médicament plus ou moins inactif ou nuisible.

Avec les injections hypodermiques, on n'observe jamais ni albuminerie, ni odeur alliacée de l'haleine, ni troubles intestinaux d'aucune sorte, ni douleurs, ni abcès de la peau, ni stéatose du foie, tandis que l'oxyde de cacodyle qui se forme dans le tube gastro-intestinal est un corps excessivement toxique.

Dans la tuberculose au début, l'acide cacodylique donne d'excellents résultats.

D'après M. Danlos, la médication cacodylique exerce une action inconstante, mais souvent très remarquable sur l'état général ; détermine une augmentation considérable des forces et de l'embonpoint; une action nulle sur les phénomènes sthétoscopiques.

MM. Rendu, Barth confirment les bons effets de cette médication dans la tuberculose au début.

G. Lyon.

Contribution à l'étude physiologique de l'essence d'oranges amères. — Recherches expérimentales, par F. Valerio, (*Giornale Intern. delle Scienze Mediche*, fasc. 24, 1899). — L'auteur a étudié l'action biologique de l'essence d'écorce d'oranges amères, et fait des expériences exécutées sur les grenouilles; il a observé que la paralysie se produit chez ces animaux par l'action de l'essence d'orange amère sur le système nerveux moteur central.

Pour démontrer que l'essence exerce son action sur la fibre musculaire striée, l'auteur s'est servi de la méthode graphique par le sismographe de Marey, et par cette même méthode, il a démontré l'action de l'essence sur la moelle épinière.

Sur les tracés obtenus, on voit que le pouvoir réflexe de la moelle s'abaisse jusqu'à devenir imperceptible après quarante minutes.

L'auteur a aussi étudié l'action sur les cochons d'Inde, sur les lapins, sur les chiens: le phénomène principal est constitué par la convulsion. Il étudie la source de ces convulsions, c'est-à-dire il observe si elles sont d'origine périphérique ou centrale, et par ses expériences, il arrive à établir qu'elles sont d'origine céphalique.

En résumant les résultats des différentes expériences, on peut donner les conclusions suivantes :

L'essence d'écorce d'orange amère est un agent nerveux. Dans les grenouilles, à doses moyennes, elle produit un affaiblissement progressif des fonctions motrices qui, à doses fortes, se transforme en un affaiblissement musculaire complet.

La brève période d'agitation, qui précède la période paralytique, est due à l'action excitante du produit.

Chez les cochons d'Inde et chez les lapins, à doses moyennes, après une période d'inquiétude, on à des tremblements fibrillaires ; à doses fortes, l'essence produit des accès convulsifs.

Chez les cochons d'Inde, l'essence produit la paralysie car elle déprime l'activité de la moelle ; chez les lapins, elle produit les convulsions par l'excitation des centres moteurs du cerveau.

A. Rondino.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ACNÉS

I

Traitement général :

Quelle que soit la variété d'acné (ponctuée, pustuleuse, rosée, nécrotique), tenir compte, dans le traitement général, de nos connaissances relatives à l'étiologie de l'acné :

Avant tout traiter les troubles digestifs que l'on trouve à l'origine de la plupart des cas d'acné, et notamment la constipation, origine ou plutôt conséquence de ces troubles. Supprimer les boissons toxiques (alcools, thé, café) et modifier les régimes alimentaires défectueux qui sont eux-mêmes la cause des troubles digestifs, ainsi que les fautes contre l'hygiène (veillées, surmenage, vie sédentaire, etc.) qui de leur coté contribuent à favoriser les fermentations gastro-intestinales.

Traiter les désordres utérins qui par différents mécanismes (adultération du sang, troubles vaso-moteurs) peuvent provoquer l'acné.

Régime alimentaire :

Peu de viande, uniquement des viandes grillées ou rôties, très cuites ; pas de viande de porc, de gibier, de charcuterie, de viandes marinées, fumées ou salées, ni de conserves,

pas poissons de mer ; quelques poissons d'eau douce, bouillis ou grillés, sans sauce. Pas de crustacés ni de coquillages.

Pas d'aliments gras (graisse de porc, d'oie, beurre cuit, sardines à l'huile, etc.). Pas d'épices, ni de légumes confits dans du vinaigre ; pas de tomates, d'oseille, de fraises. Pas de fromages fermentés, de pâtisseries et de sucreries. Peu de pain.

Alimentation consistant exclusivement en viandes grillées ou rôties, œufs peu cuits, légumes verts et féculents en purée, fruits cuits, pêches et raisins crus, lait et laitage.

Eau comme boisson exclusive (eau de source ou bien eau d'Evian, d'Alet, de Contrexéville et autres eaux similaires peu ou pas gazeuses et non minéralisées). Boissons chaudes souvent utiles.

Interdiction absolue du vin pur, des vins mousseux, de la bière, des liqueurs, du thé et du café.

Repas à intervalles réguliers, pris sans précipitation, sans lectures à table.

Usage très restreint du tabac (lequel agit en entretenant les troubles digestifs).

Accélérer le travail digestif au moyen du traitement salin : *eau de Vichy* chauffée au bain-marie et additionnée d'une à deux cuillerées à café de *sel de Carlsbad*, prise tous les matins à jeun.

Se garder de l'emploi des médicaments dits antiseptiques : naphtol, bélol, salol, très irritants pour l'estomac.

Pour combattre la constipation, s'attacher surtout à combattre les troubles gastriques par le régime et les autres moyens hygiéniques et se garder des purgatifs violents et répétés fréquemment. User seulement de moyens doux comme les *graines de lin ou de psyllium*, une cuillerée à chaque repas, dans de l'eau fraîche, la *magnésie* ou le mélange prescrit par Germain Sée :

Magnésie.....	ãã P. égales
Crème de tartre.....	
Soufre lavé.....	

une ou deux cuillerées à café par jour aux repas.

L'*huile de ricin*, à doses laxatives (une ou deux cuillères à café, le matin, à jeun, dans du café noir), etc. Employer d'autre part les suppositoires glycérinés, les lavements huileux ou glycérinés (pris avec le bock), etc.

Prescrire, pour activer et régulariser la circulation, les *frictions sèches* ou à l'*alcool*, l'*hydrothérapie* sous ses différentes formes (chaude, écossaise, froide), suivant les indications particulières.

Prescrire une hygiène générale convenable ; vie régulière, proscription des veillées, du surmenage physique et intellectuel. Chez la femme porter l'attention sur les troubles des organes génitaux et, s'il y a lieu, prescrire une médication appropriée.

Modifier, dans certains cas, « le terrain » au moyen des médicaments qui agissent sur la nutrition générale ; prescrire par exemple l'*huile de foie de morue* (bien que corps gras) chez les lymphatiques ainsi que l'*iode* (sirop iodo-tannique), sirop d'iodure de fer), l'*arsenic* (liqueur de Fowler, eau de la Bourboule), chez les arthritiques, les *alcalins* (bicarbonate de soude, benzoate de lithine, etc.).

Il n'existe pas de médication spécifique de l'acné ; le soufre, l'ichtyol à l'intérieur sont inutiles.

Chez certains sujets congestifs, M. Brouardel a prescrit, à titre de médicaments vaso-constricteurs, la *quinine* et l'*ergotine*, à petites doses.

Bromhydrate de quinine	ãã 0 gr. 05
Ergotine.....	
Extrait de belladone.....	0 gr. 001
Benzoate de lithine.....	0 gr. 05
Excipient et glycérine..	qs.

pour une pilule, 2 à 4 par jour.

Récemment, on a prescrit la *levure de bière* dont l'action est moins nette que dans les cas de furonculose. On fait prendre la levure fraîche des brasseurs, ou à défaut de cette levure, la levure sèche ou la levurine, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, aux repas, délayées dans un peu d'eau ou de bière.

Les traitements thermaux visent uniquement l'état général. Les lymphatiques scrofuleux seront envoyés aux eaux chlorurées sodiques, les sujets anémiés, déprimés, à la Bourboule, Royat ; les dyspeptiques et constipés, à Vichy, Châtel-Guyon, etc.

Les eaux sulfureuses conviennent également aux sujets lymphatiques ; à ces stations, l'action locale des eaux se joindra aux effets généraux des bains et des douches. Uriage, Luchon, Cauterets sont particulièrement indiquées.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Exclusion des tuberculeux des asiles de convalescence. — Dans la séance du 26 janvier 1899, M. le Sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur, répondant à une question, de M. Jourde, donnait à la Chambre l'assurance qu'à partir du 1er janvier 1900, il ne serait plus reçu de tuberculeux dans les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet. Ces asiles, réservés aux convalescents, ont reçu l'ordre de M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, de refuser tout malade, dont le certificat médical ne portera pas mention : *Ne présente aucun signe de tuberculose des voies respiratoires.*

Cette décision, si conforme aux lois de l'hygiène, constitue une excellente mesure protection contre la de propagation de la tuberculose. Il n'est pas douteux que les malheureux, encore affaiblis par la maladie et de longs jours de souffrance, constituent un excellent terrain pour le développement du bacille tuberculeux, et qu'il était barbare et inhumain d'exposer à une contagion, presque inévitable, les convalescents envoyés à la campagne pour y respirer un air pur et non contaminé.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir à la mesure prise par M. le ministre de l'Intérieur et souhaiter que le corps des médecins des hôpitaux, du Bureau de bienfaisance, aussi bien que ceux qui pratiquent la clientèle ordinaire, s'y conforment rigoureusement. Ils éviteront ainsi à leurs malades, la cruelle tristesse de se voir refusés, à la porte de ces asiles, si convoités par les convalescents.

Commission nationale de la tuberculose. — La Commission de la Tuberculose s'est réunie récemment au Ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Waldeck-Rousseau. Le Président du Conseil a rappelé quels services cette Commission devait rendre dans l'étude des divers moyens à employer pour combattre la Tuberculose, et il a exprimé l'espoir que les résultats de ces travaux apporteraient un véritable soulagement aux classes pauvres, particulièrement éprouvées par ce terrible mal. La Commission devra étudier à bref délai, la création de sanatoria. M. Waldeck-Rousseau, souhaite que les malades pauvres, auxquels il convient de s'intéreser particulièrement, trouvent surtout un accès facile dans ces établissements.

Cette Commission d'études pour combattre la tuberculose s'est divisée en deux sous-Commissions, qui se sont constituées en nommant leur bureau : 1re sous-commission (prophylaxie) : président Dr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine ; vice-présidents, Louis Lucipia, président du Conseil municipal de Paris ; Dr Roux, de l'Institut Pasteur. 2e sous-Commission (Thérapeutique) : Dr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine ; vice-présidents : Dr Proust, inspecteur général des Services Sanitaires ; Dr Lannelongue, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Les Femmes étudiantes en médecine à Paris en 1899. — L'intérêt capital de la séance du Conseil de l'Université, qui a eu lieu à la Sorbonne, a été dans le rapport de M. Petit de Julleville au Ministre de l'Instruction publique sur la dernière année scolaire. Le féminisme y tient une place importante. La Faculté de Médecine ne compte pas moins de 129 étudiantes, dont 29 Françaises et 100 étrangères, ainsi réparties : 91 Russes, 5 roumaines, 2 Allemandes, 1 Suissesse, 1 Anglaise.

La Faculté des Sciences compte 35 étudiantes : 21 Françaises et 14 étrangères. 20 femmes convoitent les lauriers décernés par l'Ecole de pharmacie : dix-neuf sont Françaises et une seule étrangère.

Laboratoire de Parasitologie à la Société de secours aux militaires coloniaux. — La Société de Secours aux militaires coloniaux, entrant dans une voie nouvelle, vient d'adjoindre à sa maison de convalescence de Sèvres un Laboratoire de Parasitologie. En effet, la plupart des maladies que l'on observe dans les pays chauds sont dues à la présence de végétaux et d'animaux parasites à l'intérieur du corps de l'homme. Le paludisme et la dysenterie — fléaux de nos colonies — sont, entre autres, dans ce cas. On ne peut donc qu'approuver cette initiative. Le Dr Guiart va entreprendre, sur les nombreux convalescents hospitalisés à Sèvres, l'étude de ces questions ardues, dont la solution apportera un réel soulagement aux souffrances de tant de gens qui ont sacrifié leur santé au service de la France.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles par C. Crinon, 7e édition, chez MM. Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 4 francs.

Dans la septième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Acide cacodylique* et le *Cacodylate de soude*, l'*Aspirine*, la *Dionine*, le *Dormiol*, les *Égols*, la *Nirvanine*, le *Tannocol*, la *Tenalgine* et l'*Urosine*.

Certains articles, tels que ceux consacrés au *Formol*, à la *Tuberculine*, etc., qui avaient été complétés ou modifiés en tenant compte des nouvelles recherches faites sur ces substances, ont été reproduits sur cette édition.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans ce principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des Médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins, un accueil qui permet d'augurer le même succès, pour celle qui vient de paraître.

La peste et son microbe, *Sérothérapie et vaccination*, par le Dr Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. 1 vol. in-8° couronné de 124 pages, avec 5 planches hors texte et 2 tracés en couleurs, cartonné à l'anglaise. Prix : 4 fr. Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aubeau, Campenon, Caubet, Châtelain Albert Chauveau, A. Colin, Dantel, A. Delage, Dutremblay, Ernous, Foveau de Courmelles, Garsaux, F. Jacquemart, Malbec, F. Richard, P. Richard, Riocreux, A. Tissier, de Valcourt (de Paris) ; Anner (de Brest); Arluison (d'Ozoir-la-Ferrière) ; Bardy (de Belfort) ; Beaufils (de Clamecy) ; Berthelot (de Saint-Laurent-en-Caux); Carcopino (de Verneuil) ; Cazaux (de Langoiran) ; Cohadon (de Vichy) ; Courret (de Marmande); Couyba (de Sainte-Livrade) ; Daviot (de Saint-Léger-sur-d'Heune) ; Didier (de Rouen); Farny (de Rebais) ; Garnier (de Dijon); Gautrez (de Clermont-Ferrand) ; C.-A. Cirard (de Draguignan) ; Le Bourdellès (de Pommerit-le-Vicomte) ; Lecler (de Rouillac); Leroy (de Constantine); Martin-Dupont (de Montpellier) : de Masson de Saint-Félix (de Liginiac); Mazade (de Marseille) ; Mendousse (de Sos) ; V. Meunier (de Pau) ; Monprofit (d'Angers) ; Mordagne (de Castelnaudary) ; Pezet (de Montpellier); Pissot (de Cholet); Rioms (d'Eymet) ; Romieu (de Digne); Sabatier (de Lyon) ; Subert, (de Nevers); Sutils (de La Chapelle-la-Reine); Tillot (de Rouen); Vergne (de Tulle) ; Claudot, Vaillard (médecins militaires).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alexandre, Anselmier, Audibert, Barbier, M. Bernheim Bobier, Boix, Cahon, Campion, Carra, Claude, Chauveau, B. Coizeau, Colombel, Destrem, Diamantberger, Duclos, Euvrard, Fége, Fouineau, Gazeau, Gesland, Grossard, Guillemonat, Huguenin, Josset, P. Lacroix, Laforgue, Lebas, Legras, E.-B. Leroy, Levassort, Lochard, L. Longuet, P. Magnin, Ch. Mallet, de Massary, Ménétrel, Armand Mercier, P.-A. Mesnard, Mounier, Nass, A. Peltier, Perregaux, Pessez, Léon Petit, Pilon, Planteau, Pierre Pottier, Ravanier, Jules Renault, L.-E. Royet, Sainton, Saqui, Sauvez, Schrameck, Schrœder, Sénac, Someil, Soulier, Thévenard, P.-L. Tissier, Toutain, Léon Weber (de Paris) ;

Alphant (de Pernes) ;

Babilée (de Douéra) ; Barbary (de Nice) ; Barral (de Tullins); Béal (de Saignes); Beltrami (de Marseille) ; Bernasconi (de Bourg) ; Blusson (de Larche) ; Borelle (de Saint-Paul-de-Fenouillet); Bossuet (de Margaux); Bouché de Vitray (de Billancourt); Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve) ; Boutleux (de Béthune); Brillaud (de Bressuire) ; Brun (de Chalamont) ;

Cadenaule (de Saint-Ciers-la-Lande) ; Caillet (de Mortagne-sur-Huine) ; Camous (de Nice) ; Canonne (d'Anzin) ; Cantrel (de Mouy) ; Cardeilhac (de Trébons); Carrière (d'Uzès) ; Cassoute (de Marseille) ; Castan (de Pignan); Casteil (de Palau-del-Vidre); Cayla (de Bordeaux) ; Charon (de Mostaganem) ; Charon (de Saint-Alban-sur-Limaniole) : Chavanon (de La Rochelle) ; Chesnel (de Chartres); Chevalier (de Macau) ; Chevrot (de Bletterans) ; Claret (de Gagny) ; Collin (de Sainte-Menehould) ; Conte (de Rivesaltes) ; Cornet (d'Aubière); Cornevin (de Bretvannes); Cotton (de Lyon) ; A.-A. Coudrin (de La Boissière-de-Montaigu); Courgey (d'Ivry); Creuzan (de Floirac) ; Cruciani, (de Calenzana) ;

Damalix (de Charenton) ; Darblade (d'Aire-sur-l'Adour); Davezac (de Bordeaux); Deblangey (de Montchanin-les-Mines); Delahaye (de Toulon) ; Delattre (de Roubaix) ; Demesse (de Villemeux); Deniau (d'Illiers) ; Desnot (de Brou); Dewyn (de Tourcoing) ; Dolard (de Villeurbanne) ; Dorain (de Nantes); Dubujadoux (de Blida); Dumont (de Mons-en-Barœul); Dunand (d'Esternay); J.- M. Durand (de Bordeaux) ;

Emonet (de Chambéry) ; Escalier (d'Alais) ; Eymery (du Pizou) ;

Febvré (de Ville-Evrard) ; Filhiaud-Lavergne (d'Abjat) ; Fontanille (de Gourdon) ; Fougerousse (de Montluel) ; Froidefond (de Thenon) ;

Gairal (de Carignan) ; Galtier (de Hautefort) ; Gassiolle (de Cazarilh-Montréjeau) ; Genton (d'Issoire); Gernez (d'Acq) ; Girandier (de Castelnau-de-Médoc); Girard (de Fontainebleau) ; Godart (de Suippes); Goumy (de Mézériat) ; Grallan (de Pleudihen) ; Gravollet-Leblan (de Vincennes); Gros (d'Auxon) ; Guyot (de Dammartin) ;

Hacquart (de Saint-Meslin-du-Bosc) ; Louis Hirigoyen (de Bordeaux); Homery (de Bourges) ; Honnorat (de Marseille) :

Jay (de Clermont-Ferrand) ; Jouet (de Chauvigny) ;

Lafitte (de Bougue) ; Lamon (des Grandes Ventes) ; Legendre (de la Haye-Malherbe) ; Lescarret (d'Ychoux) ; Le Toux (de Vannes ; Lévêque) (de Montdidier) ; Lop (de Marseille) ;

Magé (de Loudun) ; Maillard (de Danvillers) ; Marie (de Prades) ; Martin (de Mustapha) ; Masson (de Saint-Fargeau) : E. Maurel (de Toulouse) ; Métifeu (de Bubry) ; Léo Monnier (d'Aigues-Mortes) ; Moutin (de Boulogne-sur-Seine) ;

Niepce (d'Allevard) ; Nuguet (de Luzy) ;

Ourset (d'Evreux) ;

Pacaud) ; d'Angles) ; Patey (de Saint-Seine-sur-Vingeanne) ; Pépin (de Montournais) ; Périès (de Montauban) : L. de Perry (de Bordeaux) ; D. Peschaud (de Murat) ; Peynau (de Mios) : Peyronnet (de Carcassonne) ; Peyssonnié (de Saint-Mathurin) ; Pilatte (de Nice) : A.-C. Pillaud (de Saint-Hermine) ; Poizat de Gérente (de Marseille) ; Powilewicz (du Havre) ; Pradet (d'Eymoutiers) ; Prunet (de Jars) ; Puygauthier (de Tocane-Saint-Apre) ;

Rallière (d'Angerolles) : Raynaud (d'Alger) ; Renard (de Bellegarde-en-Marche) ; Rey (d'Arles) ; Rigabert (de Marly-le-Roi) ; Rigollet-Ardillaud (de Dissay) ; Rochefort (de Lassigny) ; Rouby-Fombeler (de Sainte-Foy-de-Longas) ; Ruet de Monsols) ;

Salicetti (de Bastia) ; Sarazin (de Mouchamps) ; Lauve (de Vidauban) ; Serpaggi (de Pierrefitte) ; Simeray (de Melun) ; Symoneaux (de Bégard) ;

Thiaudière (d'Adriers) ; Thibault (de Saint-Flovier) ; Thomas (de Toulon) ;

Vallat (de Vincennes) ; Vibert (de Châtel-Guyon) ; Viple (d'Ebreuil) ;

Wiet (de Reims) ;

Ghoux, Maréschal (médecins militaires) ; J.-L. Aubert, Léo (médecins de la marine).

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer, traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner ..... 4 fr.

L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré ..... 4 fr.

L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P.-E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 2e édition ..... 4 fr.

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr.

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*) ..... 4 fr.

L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin ..... 4 fr.

La famille névropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures ..... 4 fr.

Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi, avec 219 gravures ..... 4 fr.

Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition ..... 8 fr.

Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Rodet (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

HYGIÈNE

Le phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. Léon Petit, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.

L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Ribbing ..... 4 fr.

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 4e éd. 4 fr.

De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 3e édition ..... 4 fr.

Hygiène des gens nerveux, par le Dr Leviellain, 3e édition ..... 4 fr.

L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso ..... 4 fr.

Manuel d'hydrothérapie, par le Dr Magario ..... 3 fr.

La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES (1)

Par le professeur GRANCHER

Nos idées sur le traitement des pleurésies interlobaires se sont considérablement modifiées dans ces dix dernières années, et quoique l'opinion soit encore divisée actuellement au point de vue de l'intervention chirurgicale ou de l'emploi des moyens médicaux et temporisateurs, je crois, pour ma part, qu'il y a des faits suffisamment bien établis aujourd'hui pour nous tracer une ligne de conduite très nette et très ferme en présence de cette affection : c'est cet état de la question, tel que je le conçois, que je désire exposer brièvement devant vous dans cette leçon.

L'existence d'une pleurésie interlobaire est souvent très difficile à reconnaître, et les médecins les plus exercés ont pu voir des cas où la brusque apparition d'une vomique fut le seul signe révélateur de la maladie. Ordinairement, elle s'accompagne de quelques symptômes qui permettent de la dépister ou tout au moins d'en soupçonner l'existence avec une très grande approximation. Elle peut être primitive ou secondaire. Lorsqu'elle est secondaire, elle survient généralement à la suite d'une pneumonie, d'une congestion pulmonaire ou d'une spléno-pneumonie; votre attention est alors éveillée par la persistance anormale de la fièvre et de la toux en dehors des termes réguliers que vous savez appartenir à l'évolution et à la terminaison habituelle de ces maladies. Mais il en est tout autrement lorsque la pleurésie interlobaire est primitive : on vous amène un enfant de 6 ans, par exemple et l'on vous raconte que, bien portant jusque-là, il a ressenti, il y a cinq ou six jours, quelques points de côté assez vagues, s'est mis à tousser et à avoir de la fièvre. A l'examen, vous trouvez dans l'un des côtés de la poitrine, en arrière, à la région axillaire, une zone de matité très mal délimitée, vous entendez un souffle mal caractérisé, des râles de toutes variétés, quelquefois des frottements : vous hésitez, sans pouvoir vous arrêter à aucune, entre les différentes hypothèses de pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie ou spléno-pneumonie. Mais cette incertitude et cette imprécision mêmes, des signes que vous constatez, si surtout ils durent depuis cinq, quinze jours, ou même davantage, constituent par elles-mêmes des éléments de très grande probabilité en faveur de la pleurésie interlobaire.

En général, au bout de dix à quinze jours, il arrive, mais pas nécessairement, que les signes se précisent : en examinant la région précédemment indiquée, on constate de la sonorité dans le tiers supérieur et le tiers inférieur, tandis que le tiers moyen présente de la matité et du souffle. D'autre part, du côté gauche, on observe le déplacement du cœur ; mais le caractère le plus important résulte de la position des signes physiques, qui cor-

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Necker, recueillie par le Dr Laporte.

respond précisément à la direction connue des scissures, c'est-à-dire que la matité à laquelle M. Dieulafoy a donné le nom si juste de « matité suspendue » s'étend transversalement du côté droit, et obliquement, en écharpe, du côté gauche.

Mais les signes que je viens de vous indiquer peuvent faire défaut pendant toute l'évolution de la maladie. Je vais vous en citer un exemple typique : un médecin connu, grand amateur de sports, est pris un jour d'un sentiment de malaise, a quelques frissons, un léger point de côté ; il n'en continue pas moins de se livrer à ses exercices favoris, mais au bout de quelques jours, il se sent si fatigué qu'il fait appeler un médecin des hôpitaux qui l'examine très attentivement et ne découvre chez lui absolument aucun signe d'une maladie quelconque ; le malade garde le lit, puis le dixième ou douzième jour il se lève et sort pour faire une promenade : à peine dans la rue, il a une brusque quinte de toux suivie d'une vomique très abondante, et remonte chez lui, très soulagé ; cet accident fut l'unique symptôme de sa maladie et en fut la guérison définitive.

Le diagnostic de la pleurésie interlobaire est donc assez délicat avant les vomiques ; lorsque celles-ci ont apparu, la confusion doit être évitée avec la gangrène pulmonaire, la caverne tuberculeuse et la dilatation bronchique. Les caractères de l'expectoration permettront généralement de distinguer la première de ces affections : les vomiques de la pleurésie interlobaire ont en effet un aspect blanc, crémeux et une odeur simplement fade, tandis que celles de la gangrène du poumon sont colorées, sanguinolentes et d'une odeur putride repoussante. Le diagnostic est plus difficile avec la caverne pulmonaire et c'est ainsi que l'on a pu pleurotomiser une caverne croyant ouvrir un abcès pleurétique. A cet égard, l'examen bactériologique du pus retiré par une ponction exploratrice, examen sur l'importance duquel nous reviendrons dans un instant, peut permettre d'éviter pareille erreur ; dans l'immense majorité des cas, en effet, la pleurésie interlobaire est une maladie à pneumocoque, parfois à streptocoque ; la présence du bacille tuberculeux dans le pus indique qu'on a pénétré dans le poumon. Quant à la dilitation bronchique, elle est encore plus difficile à différencier, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant un peu grand, qui tousse depuis longtemps, qui crache abondamment presque tous les jours, qui présente une matité ou une sub-matité diffuse et des râles abondants dans toute la poitrine : l'évolution lente et chronique de la maladie qui remonte à des mois et des années, les caractères de l'expectoration, la conservation d'un bon état général, vous imposent alors le diagnostic de cette affection, qui est souvent consécutive à l'introduction dans les voies aériennes d'un corps étranger avalé par l'enfant et survient également à la suite d'une broncho-pneumonie ou d'une bronchite capillaire.

Ceci posé, quelle sera la conduite à tenir en face d'un cas de pleurésie interlobaire? Au début, vous attendrez, vous ferez patienter la famille du petit malade en lui avouant franchement votre incertitude. Mais lorsque vous penserez à la possibilité de la maladie, sans pouvoir toutefois oser l'affirmer, il vous faudra pratiquer sans retard la ponction exploratrice, petite opération inoffensive et qui peut rendre les plus grands services à votre malade ainsi qu'à vous-mêmes en guidant votre thérapeutique. — Quand et comment devez-vous faire cette intervention ?

Je crois que la ponction exploratrice doit être faite d'une façon précoce, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ, à une époque, par conséquent, où une autre maladie aurait eu le temps d'évoluer et de s'imposer à votre diagnostic. Après vous être couvert, ainsi qu'on doit le faire en pareil cas, vis-à-vis de l'entourage, en lui expliquant le but, l'utilité et l'innocuité de cette opération, vous procéderez de la façon suivante. L'enfant étant légèrement chloroformisé, avec une bonne aiguille, pas trop fine à lumière assez

large pour permettre l'écoulement du pus (la seringue de Pravaz serait tout à fait insuffisante), en parfait état, bien aiguisée et piquant bien, vous ponctionnerez, jusqu'à une profondeur de 5 ou 6 centimètres, sans crainte d'hémorragie sérieuse, la région correspondante à la scissure et où se trouve le point maximum des signes physiques. — Si le pus ne s'écoule pas et si vous n'en trouvez pas trace à l'intérieur de l'aiguille, vous renouvellerez la même opération dans un espace intercostal voisin : vous pouvez ainsi faire deux, trois, quatre, cinq ponctions exploratrices.

Ceci va d'abord éclairer votre diagnostic, et, s'il agit effectivement de l'affection que vous soupçonniez, vous permettra, par l'examen bactériologique du pus, d'en déterminer la nature, et par conséquent la ponction exploratrice vous donnera tous les renseignements nécessaires pour instituer votre thérapeutique dans les meilleures conditions possibles. La maladie peut être causée par le pneumocoque, le streptocoque ou bien être de nature tuberculeuse ; mais dans l'immense majorité des cas il s'agit d'une pleurésie à pneumocoque. Nous laisserons donc provisoirement de côté les autres variétés et n'aurons en vue que la première au point de vue du traitement.

Le traitement de la pleurésie interlobaire se réduit, à mon avis, aux trois procédés suivants :

1° La ponction ;

2° La guérison spontanée par vomique ;

3° La pleurotomie.

Avant l'apparition de la vomique, le traitement précoce par la ponction qui, d'exploratrice, peut facilement devenir évacuatrice, par substitution d'une canule d'un calibre plus élevé, me paraît être une excellente méthode ; c'est même, à mon avis, la meilleure. La fillette que je vous présente ici même en est un exemple des plus démonstratifs : deux ponctions ont suffi à guérir d'une manière complète cette enfant, dont l'état inspirait de si vives inquiétudes que l'on fut, à un moment donné, sur le point de pratiquer chez elle une pleurotomie. La ponction constitue donc une véritable méthode de traitement de la pleurésie interlobaire et je trouve, pour ma part, que cette méthode est un peu trop négligée et devrait être beaucoup plus fréquemment employée. Dans la dernière des conclusions d'un très bel article que M. Dieulafoy consacre à la question qui nous occupe, je lis ces lignes : « En évacuant le foyer infectieux, la vomique peut provoquer la guérison symptomatique de la pleurésie interlobaire, mais si la fièvre ou les symptômes d'affection persistent malgré l'évacuation du foyer, le traitement médical doit être abandonné, il ne sert qu'à faire perdre un temps précieux alors qu'il faudrait s'adresser à l'intervention chirurgicale. » Je suis absolument de cet avis, mais je trouve que l'auteur de ces lignes n'accorde pas à la ponction la place qui, selon moi, lui serait due. Je désire insister d'une façon toute particulière sur l'utilité de cette méthode, qui ne guérit pas d'une façon exceptionnelle, mais qui guérit souvent et qui n'est pas curative seulement chez l'enfant, mais chez l'adulte ; je possède en effet de nombreuses observations de guérisons obtenues à la suite d'une, deux ou trois ponctions et je crois, en conséquence, que, lorsque l'état du malade reste vraiment bon, vous pouvez renouveler les ponctions plusieurs fois, sans crainte, cette répétition s'expliquant par le temps nécessaire à la paroi du kyste pour se rétracter.

Il ne faut pas se hâter d'intervenir après la vomique, car la guérison complète par les seuls efforts de la nature est possible, ainsi que je vous en ai rapporté un cas remarquable. A ce propos, M. Dieulafoy dit très justement : « Si la fièvre, si les symptômes d'infection persistent malgré l'évacuation du foyer », il faut intervenir.

Dans ce cas, ce n'est pas aux demi-ouvertures, aux légères incisions par lesquelles on passe un tout petit drain, comme on le faisait autrefois et comme nous-mêmes le faisions encore il y a seulement quelques années, qu'il faut avoir recours : ces procédés sont absolument inutiles en pareille circonstance; c'est une large ouverture du foyer purulent qu'il faut pratiquer. On procédera de la manière suivante : une incision longue de 6 centimètres au moins, sera faite le long de l'espace intercostal choisi, sur la côte même; puis, celle-ci étant mise à nu, on enlèvera à l'aide d'une rugine le périoste qui la recouvre, et qui se décolle d'ailleurs très facilement, jusqu'aux bords supérieur et inférieur; d'un coup de costotome de chaque côté, on résèquera 2 ou 3 centimètres de l'arc osseux. Avant d'aller plus loin, il est une précaution d'une importance capitale qu'il ne faut jamais omettre : c'est d'aller toucher avec le doigt la région dans laquelle on se trouve et de s'assurer qu'on est bien sur le tissu mou ou plus ou moins résistant du poumon. Permettez-moi de vous citer une anecdote à ce sujet : Feu Nélaton, opérant le chirurgien Dolbeau, qui était atteint d'une pleurésie interlobaire du côté gauche, explorant, ainsi que nous venons de l'indiquer, après l'ouverture du thorax, la région où devait porter son incision, sentit, non sans surprise, sous son doigt, battre le cœur de son patient; personne n'avait soupçonné la situation de cet organe en ce point : sans cette précaution, Nélaton perçait le cœur de Dolbeau. S'étant, au contraire, rendu compte du danger, il l'évita en éloignant avec le doigt la pointe du cœur du malade et en faisant son incision à côté. La cavité interpleurale étant ouverte largement et vidée de son contenu, on appliquera un pansement ordinaire avec la gaze iodoformée et la ouate. On peut, si l'on veut, laisser dans la cavité un drain, mais de gros calibre. Le pansement sera renouvelé tous les deux ou trois jours, selon les nécessités.

Les règles thérapeutiques que je viens de vous tracer concernent les pleurésies interlobaires à pneumocoque, c'est-à-dire l'immense majorité des cas; mais elles ne s'appliquent pas aux cas de nature streptococcique ou à ceux qui se rattachent à la tuberculose pulmonaire. Si l'examen bactériologique qu'il faut savoir toujours pratiquer avant d'entreprendre le traitement, vous révèle, dans un pus d'aspect grumeleux, irrégulier, séreux, ce qui le différencie déjà du pus bien lié, crémeux, de la pleurésie à pneumocoque, la présence de chaînes du streptocoque, il ne faut plus compter sur la guérison par simple ponction, mais recourir immédiatement à l'intervention chirurgicale. Si le pus ne renferme aucune des deux espèces de microbes que je vous ai signalées, il est très probable qu'il s'agit de pleurésie tuberculeuse. Dans ce cas, en attendant que le développement des signes de la tuberculose pulmonaire souvent coexistante vienne vous éclairer sur la nature de la maladie, l'abstention de toute opération vous est impérieusement commandée. Elle s'impose encore davantage lorsque la tuberculose est certaine, à moins que l'étendue du foyer ne menaçant à bref délai l'existence de l'enfant, vous ne soyez obligé de faire, à l'aide d'un gros trocart, une opération évacuatrice amenant une libération momentanée du malade.

LA MEDICATION BROMURÉE DANS L'ÉPILEPSIE

Par M. Maurice de Fleury.

(*Communication à la Société de Thérapeutique, Séance du 28 mars 1900.*)

Pour lutter contre la tendance de l'écorce cérébrale aux paroxysmes du mal caduc, il n'y a point de médicament plus fidèle que le bromure, sous l'une ou l'autre de ses formes.

C'est l'agent sur lequel on peut presque toujours compter, à ce point que son efficacité aide parfois à faire le diagnostic. On peut dire qu'il constitue et qu'il constituera longtemps encore le fond même du traitement anti-comitial.

Certains neurologistes, et non des moindres, vont jusqu'à dire que le bromure de potassium doit constituer à lui seul, et sans adjuvants, la médication du mal sacré, et que tous le soin du médecin doit tendre uniquement à mener son malade jusqu'aux doses, parfois énormes, qu'il lui fait absorber pour n'avoir plus de paroxysme.

Je suis loin d'être de cet avis, et j'affirme au contraire, avec beaucoup d'insistance, l'extrême utilité du choix d'une bonne préparation bromurée, et de l'adoption d'une dose quotidienne aussi modérée que possible, les bromures ayant une influence retardante sur la nutrition et jusque sur leur propre assimilation. Il n'est pas non plus inutile de rechercher à quelles heures du jour les doses doivent être réparties, ni d'étudier avec soin les moyens qui permettent de multiplier l'action de l'agent thérapeutique, en réduisant au minimum les inconvénients,

1° *Choix de la préparation bromurée.* — Dans les observations sur lesquelles s'appuie cette communication, j'ai surtout fait usage du classique bromure de potassium, aussi pur que possible, ou de la préparation tribomurée, dont Erlenmeyer a donné le premier la formule (1), en 1884. Actuellement, je donnerais la préférence au bromure de strontium, au sujet duquel M. J.-V. Laborde a rapporté devant l'Académie de médecine des résultats si concluants; ou bien encore le bromure de sodium, donné à la façon de MM. Charles Richet et Edouard Toulouse, selon les principes de la méthode qu'ils ont appelé : « métatrophique ». On sait qu'ils soumettent leurs malades à un régime alimentaire tel que les cellules de leur économie soient bientôt dépouillées du chlorure de sodium, dont se gorgent avidement les éléments cellulaires privés de sel de soude. J'ai déjà dit que la conception théorique de MM. Richet et Toulouse me paraît sujette à discussion. Il n'en est pas moins vrai qu'en fait, leur méthode donne des résulta excellents, dont nous devons le bénéfice à nos malades.

1. Bromure de potassium.....	ãã 2 parties.
Bromure de sodium..	
Bromure d'ammonium.....	1 partie.

2° *Doses quotidiennes.* — La plupart des épileptiques dont j'ai pris en main le traitement, avaient été soumis déjà à la médication bromurée ; le plus grand nombre prenait par jour de 4 à 6 grammes de KBr., quelques-uns avaient absorbé quotidiennement des doses de 8, 10 et 12 grammes. Grâce à la méthode qne nous avons employée, au bout de quelques jours nous avons été obligés de ramener nos comitiaux à des doses de beaucoup moindres. Tel épileptique qui tolérait fort bien 5 à 6 grammes de bromure, était pris de phénomènes de bromisme extrêmement intenses, alors même qu'on ne lui donnait que 4 grammes. Il nous fallait le maintenir à la dose de 3 grammes pour lui épargner l'abrutissement caractéristique, et cette dose suffisait largement à tenir le mal en respect, alors que quelques jours avant, la dose double était indispensable. Au total, je puis dire que — pour obtenir des résultats inespérés et certainement supérieurs aux moyennes courantes — nous avons usé en moyenne deux ou trois fois moins de bromure qu'on n'a coutumé de le faire.

Cela n'est pas sans importance. On sait, en effet, combien la médication bromurée tend ralentir la nutrition, à abaisser le taux des échanges, à atténuer l'intensité vitale. Sans doute, il épargne aux malades la fatigue profonde et l'usure cellulaire que lui causent les crises, et c'est là un très grand bienfait. Mais à cette série de violentes décharges nerveuses, de grands épuisements subits, il substitue un appauvrissement continu, un état de langueur vitale, et une déchéance intellectuelle dont on ne peut pas ne pas tenir compte.

Tous les traités de thérapeutique s'accordent à envisager les bromures comme des sédatifs hyposténisants, dont l'action, bienfaisante au point de vue de l'atténuation des attaques épileptiques, ne va pas sans une fâcheuse répression de l'activité vitale, ni sans ralentissement de la nutrition. M. Ch. Féré a vu des cas où la médication bromurée avait suffi à elle seule pour améliorer l'état général, très gravement atteint par l'extrême multiplicité des crises. Mais ce sont là, il s'empresse de le reconnaître, des faits relativement rares.

Aux doses ordinairement suffisantes pour enrayer d'intenses paroxysmes, le bromure détermine, en effet, une série de phénomènes qui ne laissent aucun doute à cet égard. Ce sont, d'après tous les observateurs, de l'obnubilation des organes des sens, de l'anesthésie de la muqueuse pharyngée et de la peau, du ralentissement de la respiration et du cœur qui bat plus mollement et d'une manière irrégulière, de la baisse de la tension artérielle avec vaso-constriction périphérique et refroidissement des extrémités, et même, diminution assez sensible de la température centrale. La force dynamométrique décroît, les sécrétions tendent à se tarir ; la bouche est sèche et le sens génital amoindri. Rabuteau a constaté que, la quantité et la qualité des aliments demeurant la même, il y a dans l'urine moins d'urée. Schulze a noté un abaissement du chiffre de l'acide phosphorique éliminé. La parole est traînante, empâtée, difficile, à la fois par défaut de mémoire, d'évocation des mots et par articulation paresseuse ; on cite quelques cas de véritables aphasies bromiques. L'intelligence est embrumée, l'association d'idées languissante, la mémoire paralysée, l'attention indifférente. Le bromure supprime si bien toute activité cérébrale qu'il est, en somme, un de nos meilleurs hypnotiques. On sait, depuis Sokolowski, qu'il détermine l'anémie de la substance cérébrale. Albertoni a démontré que le bromure donné à dose suffisante, supprime chez le chien la possibilité de déterminer l'attaque expérimentale que produit ordinairement la faradisation de la zone dite motrice. Fait particulièrement intéressant, Gubler a vu, et j'ai vu comme lui, le bromure déterminer, de la manière la plus nette, de la mélancolie dépressive avec scrupules et demi-

délire des persécutions, chez des paralytiques généraux précédemment atteints de la folie des grandeurs.

J'ai recueilli, chez quelques-uns de mes épileptiques, les chiffres juxtaposés des doses de bromure progressivement croissantes et décroissantes, du nombre des pulsations, de la force dynamométrique, du seuil de la sensibilité et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Dans un cas, j'ai cueilli les variations du pouls capillaire.

La première figure que je fais passer sous vos yeux montre que, sous l'influence de doses progressivement décroissantes de 9 grammes à 1 gramme, puis croissantes de 1 à 8, et décroissantes de 8 à 3, la courbe de la pression artérielle et de la force dynamométrique s'élève à mesure que décroît la quantité de médicament ingéré, et réciproquement. Quant au nombre des pulsations, il est, dans ce cas en particulier, d'autant plus fort que la tension est plus basse; il s'en faut qu'il en soit ainsi d'une façon constante.

L'effet du KBr. semble se prolonger à deux ou trois jours de distance, et nous voyons le malade dont la tension est de 12 m. 5 alors qu'il prend 8 grammes de bromure, rester à peu près au même niveau le lendemain et le surlendemain, bien qu'il ne prenne que 6 et 7 grammes. C'est seulement le lendemain du jour où il en a pris 5 que son cœur semble s'affranchir et recouvre quelque vigueur. Le seuil de la sensibilité s'élargit avec les fortes doses et se rétrécit avec les petites, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine est tout à fait en proportion inverse de la dose. Comme Rabuteau, j'ai trouvé beaucoup moins d'urée chez un malade très bromuré que chez le même malade quand il n'absorbe que de petites doses. Sur le second graphique, nous voyons le pouls capillaire apparaître, assez léger d'ailleurs, dans les moments où la tension se hausse par diminution des doses de bromure.

En somme, le bromure agit sur l'intensité vitale et l'activité nutritive comme agit, beaucoup plus promptement, la crise convulsive. Le graphique d'un bromuré rappelle de très près le graphique d'un comitial dans les heures qui suivent l'attaque : c'est la dépression, la torpeur de tous les organes, c'est le cerveau inexcitable, rendu impropre au paroxysme; mais c'est aussi un véritable état de déchéance fonctionnelle, de misère physiologique.

Il arrive un moment où cette misère est assez profonde pour que s'appauvrissent à leur tour la fonction d'assimilation et celle d'élimination qui sont aussi sous la dépendance de l'activité nerveuse. Non seulement, alors, l'organisme se débarrasse mal de ses toxines, mais encore le bromure lui-même, du fait de sa propre action sur les centres nerveux, s'élimine insuffisamment, et, du même coup, s'assimile fort mal. C'est, en effet, une loi générale de physiologie thérapeutique que mieux un organisme élimine un médicament et plus ce médicament agit avec intensité. Quand le mercure traverse promptement l'organisme d'un syphilitique, il agit beaucoup mieux contre la maladie. C'est que le bienfait d'une drogue, de même que la nocivité d'un microbe ou d'une toxine, ne dépendent pas simplement de l'intensité et de la dose de l'agent thérapeutique ou pathogène, mais aussi, pour une bonne part, de l'état actuel de force ou de faiblesse de l'organisme qui les reçoit. On peut affirmer que, presque toujours, quand cet organisme est à l'état de vitalité haute, il y a à la fois forte assimilation et prompte désassimilation du médicament ingéré.

J'ai vu des épileptiques qui, tout d'abord, éliminaient par l'urine une grande partie du bromure ingéré, en éliminer de moins en moins à mesure qu'on en augmentait les doses ; et pourtant ces malades avaient dans ces temps-là des rechutes d'attaques, certai-

nement parce que les doses dont on les saturait s'absorbaient imparfaitement dans l'intimité des tissus.

Mais si, à ce moment, on fait intervenir un agent mécanique de stimulation nerveuse, modérément et méthodiquement employé, on voit, à mesure que se relèvent la force physique et la vigueur intellectuelle du patient, le bromure redoubler d'activité, et du même coup s'éliminer beaucoup plus promptement.

C'est là un fait que n'ont pas méconnu certains neurologistes. Dans leur *Essai sur la Pathogénie et le traitement de l'Epilepsie*, MM. Marinesco et Sérieux (1) s'expriment en ces termes : « L'hydrothérapie nous paraît devoir être toujours associée au traitement bromuré : les douches froides augmentent en effet la rapidité d'absorption du bromure, en même temps qu'elles exercent sur l'organisme tout entier une action favorable. Nous avons remarqué que l'association des douches au traitement bromuré produisait une amélioration qui disparaissait par la cessation de l'hydrothérapie ; ces résultats favorables sont obtenus, soit par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, soit par celui des nerfs vasomoteurs périphériques. »

Ce que ces deux observateurs ont très justement constaté avec la douche froide je l'ai constaté à mon tour avec tous les moyens de stimulation mécanique du système nerveux central : bains salés, frictions à la peau, étincelles de la machine statique, massages, inhalations d'oxygène, etc. Mes recherches ont surtout porté sur l'association du bromure et des injections hypodermiques de solutions salines à petites doses.

Il se trouve que contrairement à l'hypothèse qui vient naturellement à l'esprit, une médication tonique méthodiquement associée à la médication antispasmodique, n'en contrarie pas les effets. Il semble que ces deux contraires devraient s'annihiler ; loin qu'il en soit ainsi, la médication stimulante multiplie incontestablement l'action du bromure, tout en laissant bénéficier le sujet du rehaut général de tonus qu'elle apporte. Je considère donc comme une condition importante l'association des bromures à l'hydrothérapie, aux bains salés, aux frictions sèches, à la douche statique, aux massages, et surtout aux injections de solutions salines concentrées à petites doses, qui m'ont donné des résultats de premier ordre. C'est un moyen tout à fait fidèle d'obtenir une assimilation infiniment plus complète du médicament dont il n'est plus utile de donner que des doses très modérées.

3° *Mode d'administration du bromure.* — A quelles heures faut-il administrer le médicament anticomitial ? c'est encore une question dont il faut dire un mot.

Règle générale, le bromure fait moins de mal à l'estomac et agit mieux quand on le donne enrobé dans les aliments. Si donc le malade a des crises à n'importe quelle heure du jour, prescrivez la préparation bromurée par fractions réparties à chacun des repas et conseillez d'en faire quatre dans le jour. Il faut en effet ne pas oublier que cette drogue s'élimine vite et que sa protection ne s'étend guère au delà de cinq ou six heures. Si, comme il arrive fréquemment, les accès sont nocturnes, je crois très sage de donner la dose entière en une fois au moment du sommeil. Souvent même il m'arrive de conseiller aux parents de donner une cuillerée de potion à l'heure plus tardive où ils se couchent, vers minuit par exemple. Les enfants, sans s'éveiller complètement, prennent la drogue, et l'on peut maîtriser ainsi les attaques nocturnes sur lesquelles agit mal le bromure donné aux quatre repas du jour, comme nous le disions tout à l'heure.

(1) F. Hazes, Bruxelles, 1895.

Dès 1877, un assistant de Hughlings Jackson, le Dr Sturges, conseillait à M. Lépine (1) l'emploi de la digitale associée au bromure, et M. Lépine vit un de ses malades s'améliorer aussitôt : une dose énorme de bromure, jusqu'alors insuffisante, devint tout à coup efficace parce qu'elle était associée à un médicament cardiaque. En 1887, le Dr Lemoine publia sur les *Épilepsies d'origine cardiaque* un mémoire (2) où plusieurs faits intéressants furent groupés. Plus récemment enfin, Betcherew (de Saint-Pétersbourg) et ses élèves (2) ont insisté à plusieurs reprises sur les vertus curatives de l'*Adonis vernalis*, de la digitale, etc., dans le traitement du mal caduc.

4° *Adjuvants nécessaires.* — Nous venons de voir que la médication tonique, et notamment les injections salines, employées concurremment avec la médication bromurée, présente le grand avantage de multiplier l'action anti-convulsive, tout en épargnant aux malades la misère physiologique. On sait qu'un organisme est généralement d'autant plus excitable qu'il est plus faible ; à elles seules, les stimulations douces et progressives du système nerveux procurent une amélioretion, en donnant au cerveau plus de stabilité, plus de résistance aux agents provocateurs des accès.

Voici comment j'ai été conduit à en faire usage chez les comitiaux.

Au mois de mai 1892, le bruit se répandit que Pasteur venait de trouver le vaccin de l'épilepsie. Le vieux maître avait eu occasion de soigner au laboratoire de la rue Dutot, deux jeunes gens mordus par des chiens enragés. Il se trouvait que ces jeunes gens étaient depuis longtemps sujets à des attaques de haut mal. Or le traitement de la rage atténua du même coup leurs crises. Un troisième rabique, le petit Clément Bret, qui vint à l'Institut Pasteur presque en état de mal, fut, lui aussi, très amélioré.

De rigoureuses expériences de M. Gilbert Ballet ne tardèrent pas à démontrer que le sérum antirabique n'était en aucune façon le spécifique du mal caduc. Pasteur fut le premier à en convenir, et l'on s'accorda pour conclure à une simple coïncidence. Pour moi, je me demandai s'il n'y avait pas là un de ces phénomènes d'inhibition purement mécaniques du système nerveux décrits par M. J. Chéron dans son livre sur *les lois de l'hypodermie*, phénomènes que détermine l'injection sous-cutanée de n'importe quel liquide à condition qu'il ne soit pas toxique. Au sérum antirabique, je substituai donc le sérum artificiel concentré de Chéron, ou plus simplement encore, une solution stérilisée de phosphate de soude ou de chlorure de sodium à 4 0/0, et systématiquement j'en fis usage chez mes épileptiques; j'essayai d'abord d'employer la solution saline en injections hypodermiques, sans donner de bromure. Je vis les attaques diminuer de nombre et d'intensité. Les résultats que j'obtins de la sorte sont parfaitement comparables à ceux de MM. Barbès et Bacoucéa après injections de substance nerveuse. Résultats médiocres en somme et fort incomplets. Ils ne devinrent intéressants que le jour où j'associai le sérum au KBr.

Comment agissent ces injections? Sans doute, comme Chéron l'a bien montré, en renforçant la tonicité cardiaque, en relevant la pression sanguine. En effet, la plupart des médicaments cardiaques rendent plus ou moins service aux comitiaux.

---

(1) *Revue mensuelle*, août 1877, n° 8.

(2) *Revue de médecine*, 1887, p. 305.

(3) Betcherew. De la valeur des médicaments cardiaques dans l'épilepsie (*Revue Russe de Psychiatrie*, 1887, n° 6). Voir encore De Cesare. Traitement de l'épilepsie par la méthode de Betcherew (*Réforme médic.*, 1897) ; Tekoutief. Traitement de l'épilepsie par l'*Adonis vernalis*. (*Clinique neurolog. de Saint-Pétersbourg*, 2 août 1897.)

De même que l'injection de sérum, l'*Adonis* et la digitale (qu'avait déjà recommandé Duclos, de Tours), renforcent la contraction myocardique, déterminent de la polyurie, favorisent l'élimination des toxines, et permettent de n'employer que des doses relativement faibles de KBr. (3 à 5 grammes, selon la formule habituelle de Betcherew). L'injection saline a sur tous ces médicaments cardiaques le gros avantage de n'être point une drogue toxique, mais simplement un stimulant mécanique du système nerveux, que l'on peut proportionner chaque jour aux besoins du malade et qui permet de surveiller de très près. Il est inutile d'ailleurs d'en prolonger indéfiniment l'usage. Après une cure intensive de quatre à six semaines environ, pendant lesquelles je maintiens mes malades sur les confins de la saturation bromurée, il est habituellement possible de les livrer à eux-mêmes; ils se contentent d'entretenir par des frictions sèches, des douches, des bains salés ou du massage, le bénéfice acquis. Ils en arrivent promptement à pouvoir sans inconvénient, diminuer leurs doses de bromure et à se débarrasser des pratiques gênantes ou ostensibles de la cure.

Il est de règle que les injections sous-cutanées de solutions salines améliorent de la manière la plus nette le caractère des comitiaux et leur état mental. Presque tous mes malades sont devenus moins tristes, moins paresseux et moins colères, d'esprit plus ouvert, d'intelligence plus lucide; on voyait d'une semaine à l'autre leur mémoire et leur attention volontaire faire des progrès incontestables. C'est le contraire qui arrive quand on ne fait usage que du bromure à hautes doses.

Mais l'obnubilation intellectuelle et le ralentissement de la nutrition ne sont pas les seuls inconvénients de la bromuration intensive. Le médecin doit encore compter avec les éruptions cutanées, les troubles digestifs, et notamment l'haleine bromurée. On tend à admettre aujourd'hui, avec raison je crois, que les accidents cutanés ne font que trahir le mauvais fonctionnement de l'intestin. Il est certain que si l'on met des épileptiques à un régime alimentaire qui ne permette point les fermentations anormales, tous ces accidents, assez gênants en somme, diminuent dans de notables proportions. M. Féré a vu combien l'association des antiseptiques intestinaux au KBr. rend service à ce point de vue ; M. le professeur Raymond a coutume de prescrire à ses comitiaux le naphtol associé au salicylate de bismuth. C'est une excellente méthode. Mais j'avoue lui préférer encore le régime dont nous avons déjà longuement parlé, associé aux lavages de l'estomac et de l'intestin. Si, malgré tout cela, l'haleine bromurée persiste, quelques cuillerées doubles de la potion de Rivière aideront à en venir à bout.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 28 mars 1900*)

Présidence de M. Albert ROBIN

M. Mathieu donne lecture de la note *in extenso* de M. Deschamps, dont il avait parlé à la précédente séance. Cette note est intitulée : *Du danger de l'intervention électrothérapique dans les arthrites chez les tuberculeux.*

Depuis quelques années, les procédés électrothérapiques se sont multipliés et, avec les modalités nouvelles de l'énergie électrique, l'on a cherché à étendre, ce qui était bien légitime, le champ thérapeutique de ce puissant modificateur de la nutrition.

Ces tentatives n'ont pas été vaines, et, actuellement, il ne saurait être question de mettre en doute la haute valeur des pratiques électrothérapiques dans un grand nombre de maladies, mais surtout dans celles qui sont causées par la ralentissement de la nutrition.

La tuberculose elle-même, malgré sa nature, n'a pas échappé aux investigations des électrothérapeutes et, de ci, de là, quelques auteurs ont annoncé des succès et encouragé, bien que timidement, à persévérer dans cette voie.

L'expérience personnelle de l'auteur s'exerçant sur un grand nombre de malades l'a depuis longtemps mis en garde contre les dangers d'une semblable doctrine ; maintes fois la franklinisation dut être refusée à de faux neurasthéniques, névropathes tuberculeux, à cause de l'amaigrissement rapide qui en était la conséquence et cela, malgré l'amélioration évidente de différents symptômes et en particulier de l'insomnie et de la douleur.

L'auteur n'a pas l'intention d'envisager dans ce modeste travail le côté général d'une question aussi importante, mais de montrer que l'intervention électrique n'est pas sans danger chez les tuberculeux tout au moins dans le traitement des lésions articulaires, et que les accidents qui peuvent en résulter sont de nature à imposer des réserves dans les cas douteux.

Observation I (mai 1894). — M. L.., vingt-deux ans, fut adressé à l'auteur après une consultation de deux confrères d'un département voisin. Il s'agissait d'une arthropathie scapulo-humérale consécutive à une chute de cheval.

Depuis deux ans que l'accident était arrivé, l'impotence s'était toujours accrue et, au moment de l'examen, elle est presque complète.

Les muscles de la région sont atrophiés, leurs réactions électriques sont faibles. L'excitation

galvanique provoque dans les faisceaux du deltoïde une contraction lente et ondulatoire, la réaction faradique est faible et il n'y a pas, à proprement parler, de réaction de dégénérescence.

Au repos, le malade accuse peu de douleur, mais toute tentative de mobilisation est douloureuse. L'exploration fait constater les crépitations et les craquements de l'arthrite, mais rien dans les antécédents héréditaires ou personnels connus n'en laisse soupçonner la nature tuberculeuse. Le traitement consista dans la galvanisation constante négative du deltoïde, la galvanisation labile du sus-épineux et du sous-épinenx et la faradisation de toute la région ayant pour but de provoquer les différents mouvements du membre.

Sous l'influence de ce traitement, la fonction de l'épaule s'améliora rapidement, les mouvements volontaires réapparurent et l'écriture devint plns facile.

Après cinq semaines de traitement, rien d'anormal n'étant survenu et désirant hâter la guérison, l'auteur augmente la durée et l'intensité du courant stable, porté à 30 milliampères, pendant vingt minutes; mais sous cette influence, l'articulation manifesta rapidement des symtômes réactionnels et, malgré l'insistance de l'intéressé tout traitement fut cessé.

Quelques jonrs après, une intervention chirurgicale fut reconnue nécessaire par le confrère qui avait envoyé le malade, l'arthrite évoluant comme une affection tuberculeuse.

Obs. II (Janvier 1895). — M. A. P. 19 ans, adressé à la clinique de l'Hôtel-Dieu par un confrère le Dr C.

Ce jeune homme, à l'occasion d'une blennorragie, a fait une arthrite coxo-fémorale qui s'est terminée par une ankylose à peu près complète rendant la marche très pénible.

Tout processus inflammatoire semblant disparu, l'auteur utilisa la galvanisation constante négative avec une intensité de 60 milliampères, au moyen d'une électrode flexible de 200 cmq. s'adaptant parfaitement sur la région. Durée trente minutes. Ce traitement employé avec succès dans une arthrite Eberthienne par le professeur S. Leduc (1) avait permis, quelque temps auparavant, de mobiliser une ankylose du poignet résultant d'une arthrite blennorragique. Chaque application était suivie de douleurs assez vives qui ne disparaissaient que tardivement au lit.

Mais cette augmentation de la douleur au début du traitement est fréquente; le professeur S. Leduc l'a signalée dans son observation et l'auteur l'a observée bien souvent avec des arthrites chroniques franchement rhumatismales. Après deux semaines de traitement l'articulation était devenue mobile, mais la suppuration apparaissait et le malade fut confié au service de chirurgie où le diagnostic d'arthrite tuberculeuse fut confirmé.

Obs. III (Décembre 1897). — Mlle D. P., 20 ans, fit au mois de décembre 1895 une chute sur le genou droit. L'arthrite traumatique qui s'ensuivit fut assez bénigne au début pour laisser la patiente vaquer à ses occupations, à la condition pourtant de maintenir l'articulation par une bande de flanelle. Ce ne fut qu'au bout de trois mois environ qu'un médecin fut appelé et préconisa en raison des symptômes et des antécédents ; le repos, la compression à l'aide de bande élastique et des pointes de feu.

Ces conseils ne furent point longtemps suivis, et l'atrophie et l'insuffisance fonctionnelle s'accentuant, on eut recours à un masseur empirique. Sous l'influence de ce massage, l'état ne fit que s'aggraver et la malade, sur le conseil de son médecin, demanda l'intervention de l'auteur en mai 1898. A ce moment l'on ne constate ni le gonflement, ni l'aspect de l'hydarthrose mais seulement un empâtement péri-articulaire ; les mouvements sont libres, mais ils provoquent de la crépitation et des frottements. La douleur est à peu près nulle au repos. La cuisse est très amaigrie, l'atrophie du quadriceps domine et son insuffisance ne permet plus la marche sans appui. Toutes les réactions électriques sont normales.

Afin d'éviter les complications signalées dans les observations précédentes, on borna l'intervention à la faradisation indirecte, c'est-à-dire par excitation des points moteurs avec une élec-

1) *Archives d'électr. méd.* 1895, p. 178.

trode de petit diamètre, en évitant toute excitation sur la région articulaire. L'atrophie diminua peu à peu et, la marche redevenue possible sans appui, la malade suspendit son traitement. Cette amélioration fut de courte durée et au mois de décembre, la patiente revint à la consultation. Encouragé par les observations de Jasinski et de Sudnik, l'auteur tenta la cataphorèse au chlorure de zinc, suivant la méthode préconisée par ces auteurs ; chlorure de zinc à 10 0/0, etc.

Avec une seule application, la douleur disparut, mais elle occasionna une poussée d'hydarthrose. Ce résultat servit d'argument pour vaincre la résistance de la malade à se soumettre au traitement que son médecin lui avait proposé.

En dehors de ces faits, l'auteur a, à différentes reprises, constaté le rôle actif de l'électricité sur le processus inflammatoire. La franklinisation, utilisée sous la forme de frictions avec étincelles, dans l'arthralgie et qui donne fréquemment de bons résultats, peut causer aussi des complications, et l'auteur l'a vue, en une seule séance, amener dans l'articulation du genou un gonflement tel que la malade dut garder le lit pendant plusieurs jours.

A ces trois observations, l'auteur pourrait en ajouter beaucoup d'autres, s'il n'avait su résister aux instances de certains malades désireux quand même de recouvrer leurs mouvements. Cette action de l'électricité est, à n'en pas douter, favorable dans les différentes formes de rhumatisme et dans les arthrites d'origine goutteuse. Quelles que soient l'intensité du courant et la durée de l'intervention l'auteur ne l'a jamais vue causer d'accidents, mais il pense qu'elle doit rendre prudent dans le traitement des affections d'origine microbienne et constituer une contre-indication chez les sujets tuberculeux. On doit tout au plus chez ces derniers, lorsque les besoins de leur profession l'exigent, favoriser les mouvements et combattre l'atrophie par la faradisation indirecte. Avec ce moyen, on peut rendre encore des services sans aucun danger de complications.

M. Mathieu rapporte un nouveau cas d'*intoxication intestinale* qu'il vient d'observer. Il s'agit d'un sujet de 35 ans, digérant mal depuis trois ans, mais qui présentait depuis quelque temps des accidents vertigineux, avec brouillards devant les yeux. Le phénomène le plus intéressant consistait dans ce fait que le malade, jusque-là gai et plein d'entrain, devint silencieux et enclin au suicide. Un jour, il tomba sur le bord d'un trottoir et resta obnubilé à la suite de cet accident. L'orateur vit le malade le lendemain : il n'était qu'à demi-conscient. L'examen ne révéla aucune affection cardiaque ; les urines étaient normales, il n'existait aucune dilatation stomacale. En présence de ces résultats négatifs, l'orateur pensa à une intoxication alimentaire ; il prescrivit en conséquence l'administration de sulfate de soude à titre de purgatif, tous les trois jours, et le régime lacté. Le lait provoqua dès le premier jour chez ce malade une diarrhée violente qui diminua par la suite, bien que le régime lacté eût été sévèrement maintenu. Au bout d'un mois le malade était transformé : il avait retrouvé sa gaieté d'autrefois et n'avait plus de vertige. L'orateur permit à ce moment la viande en quantité modérée : elle fut fort bien supportée.

Comment interpréter ce cas? On aurait pu penser à du vertige de Ménière, mais le malade n'avait ni bourdonnements d'oreille ni sensation de précipitation en avant.

Il existait bien un bouchon de cérumen dans une oreille, mais ce bouchon ne fut pas enlevé au cours du traitement et le malade guérit tout de même.

Cette variété de troubles d'origine intestinale, à type vertigineux, est plus fréquente qu'on ne le pense. Regis est arrivé à produire des accidents à peu près semblables en donnant à des vieillards des doses faibles d'opium, qui provoquèrent une légère constipation et des vertiges avec obnubilation.

M. Gallois admet aussi la grande fréquence des accidents d'origine intestinale : la fièvre éphémère des enfants, apparaissant à la suite de constipation ou de diarrhée, ou à la suite de l'administration d'un lavement, ainsi que l'herpès latéral, sont certainement des symptômes de l'intoxication partant du tube digestif.

M. de Fleury constate qu'il y a une relation évidente entre le vertige de Ménière et les troubles d'origine digestive : la tendance actuelle des spécialistes est de chercher à réaliser l'unification de ces deux types morbides. Aujourd'hui de nombreux otologistes prescrivent avec succès en cas de

vertige de Menière, un régime sévère. Les types intermédiaires entre les accidents d'origine dyspeptique purs et le vertige de Ménière vrai sont nombreux.

M. Mathieu a voulu citer le vertige de Ménière pour montrer qu'il n'avait pas omis cette hypothèse étiologique à propos des accidents dont a souffert son malade. Il existe probablement deux sortes de vertiges de Ménière, un vrai et un faux, car on obtient souvent avec le régime seul, des résultats remarquables.

M. Gallois rappelle que dans le vertige de Ménière vrai, on observe souvent des vomissements qui pourraient faire dévier le diagnostic en sens inverse.

M. Bardet a reçu tout dernièrement de la *gastérine* de M. Frémont. Le liquide actuel diffère notablement de celui que Frémont obtenait autrefois : le procédé opératoire consistant à isoler l'estomac du tractus digestif a subi de grandes améliorations et le fonctionnement de tous les filets nerveux se rendant à l'estomac est respecté. Le liquide actuel présente de grandes quantités d'acide chlorhydrique libre et digère facilement l'albumine. Les auteurs qui ont émis autrefois des opinions sur la valeur thérapeutique de la gastérine feront bien d'expérimenter à nouveau avec le produit obtenu aujourd'hui.

M. Huchard considère que la découverte de M. Frémont représente une des grandes conquêtes thérapeutiques de ces dernières années.

L'orateur a expérimenté la gastérine à plusieurs reprises, et toujours avec succès : il cite le cas d'un malade atteint de dyspnée toxi-alimentaire, qui ne pouvait prendre un verre de lait sans qu'il se développât immédiatement un météorisme tel que le diaphragme était refoulé en haut; une dyspnée intense s'en suivait. L'adjonction à chaque tasse de lait, d'une cuillerée à bouche de gastérine permit de suite au malade de supporter le régime lacté.

M. Mathieu a reçu, en même temps que de la gastérine, un suc gastrique obtenu par M. Tuffier sur des chiens auxquels le pneumogastrique avait été au préalable sectionné. Ce dernier suc gastrique semble moins actif que la gastérine ; cette dernière doit être prescrite à la dose de 130 grammes par jour en moyenne.

M. M. de Fleury donne lecture d'une note concernant la *manière d'administrer le bromure aux épileptiques* (*Paraît dans ce numéro de la Revue*).

M. Dalché a constaté, chez un épileptique porteur d'une lésion valvulaire n'ayant provoqué aucun symptôme, que l'adjonction d'adonis vernalis au traitement bromuré provoqua une diminution notable des crises d'épilepsie. Cette amélioration ne fut malheureusement pas de longue durée.

M. Barbier rappelle que les inconvénients de la médication bromurée sont si considérables, qu'il faut expérimenter toutes les méthodes destinées à permettre au malade de mieux supporter la médication. Chez les enfants, par exemple, le bromure à hautes doses, provoque de la dépression intellectuelle et l'on se trouve en face de ce dilemme : ou bien on administrera du bromure et on supprimera les crises au détriment de l'instruction du jeune malade, ou bien on continuera à l'envoyer en classe, sans bromure, et en ne supprimera pas les convulsions.

La méthode métatrophique de Toulouse et Richer constitue certainement un progrès, ainsi que l'orateur a pu le constater chez un de ses malades atteint de vertiges et de crises épileptiques, résistant à l'action du bromure. L'orateur ayant institué le régime préconisé par Toulouse et Richer (suppression du sel dans l'alimentation, beaucoup de lait), put donner des doses quotidiennes de bromure de sodium, ne dépassant pas 1,50 grammes, et obtenir d'excellents résultats. Le malade se fatigua malheureusement au bout d'un mois de ce régime, reprit son alimentation ordinaire, et les accès reparurent.

M. Fiquet donne lecture d'une note concernant les *propriétés physiologiques des nitrites carboxylés*.

En étudiant les propriétés physiologiques des médicaments chimiques, on est frappé du fait que le groupe carboxyde CO_2H substitué dans une molécule organique a la propriété de diminuer la toxicité du corps primitif.

Le Pr Gautier a montré que les hydratations et oxydations qui s'effectuent dans l'organisme vivant donnent naissance à des produits de desassimilation appelés *leucomaïnes*, et que lorsque par suite d'un arrêt partiel fonctionnement ces hydratations et oxydations venaient à être suspendues, les leucomaïnes devenaient d'autant plus toxiques qu'elles étaient plus pauvres en oxygène et se rapprochaient ainsi des ptomaïnes.

Lorsqu'on introduit un groupe carboxyle, on forme une molécule plus oxygénée et par conséquent moins toxique.

L'orateur, pour généraliser l'étude de cette propriété, a entrepris de préparer une série de corps très toxiques dans lesquels avait été introduit un groupe carboxyle par substitution. Il a choisi la série des nitriles, et a pu constater que l'acétonitrile est beaucoup moins toxique qu'on ne le croit généralement; les nitriles sont cependant très toxiques et agissent dans l'organisme à la manière des ptomaïnes. Les accidents observés à la suite d'intoxication par les nitriles chez le lapin présentent la plus grande analogie avec ceux qu'on constate après injection à l'animal d'urine humaine, en particulier celle de certains névrosés. Certaines urines très toxiques contiennent donc probablement un corps à fonction nitrile.

Les expériences de l'orateur ont en outre démontré que si l'influence du groupe carboxyle est considérable au point de vue de la diminution de toxicité, elle ne fait pas perdre aux nitriles les propriétés du groupe cyanique en général. Il est donc à espérer que la substitution du groupe carboxyle permettra d'administrer à des malades, à doses suffisantes, certains médicaments qu'on n'ose utiliser à cause de leurs propriétés toxiques très marquées. Tel est le cas pour les composés cyanés, employés jadis par Luton de Rheims, dans le rhumatisme articulaire aigu, la goutte, etc., mais abandonnés depuis à cause de leur toxicité et de la difficulté qu'on rencontrait dans leur administration.

Le groupe SO^3H se comporte d'une façon analogue au groupe CO^2H.

Il y a lieu d'espérer qu'à l'avenir on pourra, par des procédés chimiques, arriver à préparer des dérivés dont l'innocuité permettra d'utiliser les propriétés efficaces de certains médicaments toxiques.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Formes atténuées de la grippe et principes de traitement par H. Huchard (*Académie de médecine*, 27 février 1900). — M. Huchard rappelle qu'il existe des grippes atténuées, apyrétiques, caractérisées par un endolorissement général, des douleurs variables de siège et d'intensité, par une grande dépression physique et morale..., ou bien encore par des congestions pulmonaires presque latentes, sans expectoration, avec une toux assez rare, se traduisant à l'oreille par l'existence de râles sous-crépitants, aux deux bases ou même à la partie inférieure d'un seul poumon, ou encore par cet état particulier de torpeur pulmonaire caractérisé par la faiblesse du murmure vésiculaire au point de faire croire à l'existence d'un léger épanchement pleural.

Il y a d'autre part des grippes où la fièvre, d'ailleurs très élevée, est passagère et où il n'existe aucune lésion d'organes.

Le microbe de la grippe, le bacille de Pfeiffer, ne produit le plus souvent, à lui seul, que des grippes peu graves, peu inflammatoires, localisées surtout à l'arbre bronchique; mais il exalte la virulence des autres microbes, hôtes habituels et inoffensifs de nos cavités naturelles, d'où la fréquence et la gravité des infections secondaires.

On doit s'efforcer de prévenir ces infections par l'antisepsie et l'asepsie la plus rigoureuse des cavités naturelles et de la surface cutanée : lavages fréquents de la bouche et du nez avec une ou deux cuillerées à soupe de liqueur de Van Swieten dans un demi-verre d'eau ; attouchements au niveau des amygdales, du nasopharynx avec des solutions étendues de sublimé. Les gargarismes et les lavages buccaux au sublimé étant très désagréables, on peut les remplacer par une solution de formol (0 gr. 50 p. 1000), par des solutions mentholées (1 gramme p. 1000), phéniquées (5 grammes p. 1000).

Il faut se garder des vésicatoires qui d'ailleurs, dans les grippes atténuées, n'auraient aucune raison d'être appliqués.

Il faut enfin tenir grand compte de l'état du foie et des reins, de l'insuffisance rénale et hépatique. La prescription du laitage (1 litre par jour), ou du régime végétarien remplit les deux indications.

L'estomac doit être respecté, non seulement en combattant hâtivement les moindres symptômes d'embarras gastrique, en introduisant dans les voies gastro-intestinales le moins de toxines alimentaires qu'il est possible, mais encore en évitant les médicaments prétendus antiseptiques comme le naphtol, le salol, le bétol, le benzonaphtol...

De tous les médicaments, celui auquel on doit toujours avoir recours, et cela de très bonne heure, même dans les formes atténuées apyrétiques est le sulfate de quinine. M. Huchard prescrit un gramme et même 1 gr. 25 ou 2 gr. 50 de bromhydrate de quinine (qu'il préfère au sulfate). La quinine est un médicament antifluxionnaire, tonique, vaso-constricteur et hypertenseur auquel il peut être utile de joindre l'ergot de seigle (0 gr. 10 d'extrait aqueux d'ergot. de seigle et 0 gr. 10 de sulfate de quinine pour une pilule : 6 à 10 par jour). Si l'intolérance gastrique est à craindre, on peut avoir recours aux injections sous-cutanées de quinine.

Il ne faut pas abuser de l'antipyrine, qui diminue l'excrétion rénale, déprime le système nerveux. D'ailleurs, si elle abaisse la fièvre, il ne faut pas perdre de vue que la fièvre est l'expression de la lutte de l'organisme contre l'infection, qu'elle est une réaction salutaire dans une certaine mesure.

Si l'asthénie nerveuse est très prononcée, on peut faire usage des glycéro-phosphates et plutôt de la strychnine (2 à 3 milligrammes par jour de sulfate de strychnine), en injections sous-cutanées. Le chlorhydrate d'ammoniaque (à la

dose de 2 à 3 grammes par jour), par cachets de 0 gr. 50, vanté par Marrotte, a une efficacité extrêmement douteuse.

G. Lyon

Traitement pratique de la fièvre typhoïde, par M. Tailor (*Medical Record*, n° 1506). — Pour bien traiter la fièvre typhoïde il ne faut pas établir de règle applicable à la fièvre typhoïde en général, mais bien au contraire, diriger le traitement suivant chaque cas particulier.

L'auteur divise les cas en deux classes de malades : ceux qui avant la maladie étaient en parfaite santé et ceux qui souffraient depuis des années de différentes affections chroniques.

Il faut avant tout éviter les erreurs de diagnostic et lorsqu'un individu habituellement sain, présente des malaises et un peu de fièvre, éviter de donner une médication trop active.

L'auteur part de ce principe que les fonctions de l'estomac sont triples : digestives, absorbantes, microbicides et qu'en troubler une, c'est les troubler toutes. Il faut donc laisser les fonctions en harmonie, c'est là la clef de voûte de tout le traitement.

Habituellement, lorsqu'un sujet présente des troubles tels que malaises, frissons, fièvre, migraine, la théorie conseille les aliments liquides et les stimulants. On ordonne des purgatifs, de la quinine, un verre de lait trois fois par jour ; de l'eau-de-vie, quatre fois par jour. Suivant l'auteur, cette méthode est tout à fait contraire à la logique.

Il faut éviter de fatiguer l'estomac en le faisant fonctionner trop souvent.

Le stimulant, whisky ou eau-de-vie, loin de fortifier le cœur causera de l'épuisement.

Pour un cas de la première catégorie, c'est-à-dire celui d'un individu, parfaitement sain avant l'atteinte de fièvre typhoïde, l'auteur conseille le traitement suivant :

Pas de purgatif, car l'inflammation de l'intestin existant déjà, il faut éviter toute action musculaire dans ces parties enflammées. Le calomel est donc contre-indiqué.

Si le patient a des nausées, on supprime toute alimentation pendant douze ou vingt-quatre heures, après quoi le malade est nourri trois fois par jour seulement. S'il n'a pas faim à l'heure du repas, on le fait attendre jusqu'à ce qu'il ait de l'appétit. La nourriture consiste en : beef tea, beefsteack pulpé ou pressé deux fois à travers une presse à viande, biscuits écrasés, œufs crus ou légèrement cuits et potages en petite quantité. Le malade peut sans danger, prendre des aliments solides pourvu qu'on les lui prépare de manière à éviter la mastication. L'estomac digérera parfaitement les aliments ainsi préparés. L'estomac non surmené se remettra, il ne se produira aucun empoisonnement par décomposition alimentaire, comme il s'en produirait chez l'individu auquel on aurait donné des aliments toutes les trois heures.

Du jus de citron ou d'orange de temps en temps fera plaisir au malade et ne lui causera aucun mal. S'il n'y a pas de fermentations, le malade pourra prendre de la crème à la gélatine ; celle-ci sera administrée à jeun par petites quantités. En somme, il faut donner des aliments très nutritifs sous un petit volume, aliments qui quitteront l'estomac en temps voulu sans exciter les sécrétions gastriques.

Lorsque la température dépasse 38,5°, l'auteur emploie un antipyrétique (trois doses le jour, une la nuit, si le malade a de l'agitation). Il faut éviter les médecines inutiles. Si le malade est agité pendant plusieurs nuits, l'auteur lui donne comme sédatif des bromures parce qu'ils n'ont pas de mauvais effets consécutifs. En général, il ne faut pas réveiller les malades sous prétexte de les alimenter ou de leur donner des médicaments. Si la langue est sèche, on pourra donner pendant un jour ou deux de petites doses de térébenthine en capsules ou de petites doses de créosote, d'acide phénique ou de teinture d'iode. On rince la bouche trois ou quatre fois par jour et on donne à mâcher du baume de tolu, pendant une ou deux heures par jour, jusqu'à ce que la langue devienne humide. Le malade prendra en outre autant d'eau que son estomac pourra en absorber sans inconvénient.

Le côlon sera irrigué deux ou trois fois par jour avec de l'eau chaude stérilisée et s'il y a eu diarrhée, on emploiera de l'acide phénique ou une solution très faible de permanganate de potasse.

Le corps du malade sera entièrement épongé avec de l'eau chaude une ou deux fois par jour. Si le bain est indiqué, le patient sera immergé dans l'eau chaude pendant dix à vingt minutes. Un bain chaud, donné le soir, agira comme sédatif et amènera le sommeil. L'auteur n'emploie jamais d'eau froide parce qu'elle est désagréable au malade et provoque un choc nerveux qui est inutile.

Parmi les malades ayant souffert préalablement d'affections chroniques, ceux dont le tube digestif est atteint, sont les plus difficiles à soigner. Il faut surveiller la digestion avec un soin tout spécial. S'il y a myasthénie avec fermentations, on donnera une nourriture peu abondante, facile à digérer et peu fermentescible. Le blanc d'œuf convient à ce genre de malades mieux que tout autre aliment. Le myasthénique le digère mieux, l'estomac se vide au bout de deux heures, ce qui donne seize heures de repos. Il ne faut pas donner de lait à un estomac

faible : comme antifermentescibles, le bismuth, la térébenthine, l'acide phénique ou le chloral, 0 gr. 10 ou 0 gr. 15, sont à recommander.

Si l'estomac est irritable, ou s'il y a de l'hyperchlorhydrie, donner des sédatifs immédiatement avant le repas. Une tasse d'eau chaude avec une forte dose de bismuth suffira en général. Ces cas s'améliorent lorsqu'on diminue la quantité et améliore la qualité des aliments. L'irritabilité avec hypersécrétion de beaucoup d'estomacs provient d'aliments mal cuits ou mal mastiqués.

E. Vogt.

Injections intra-musculaires de quinine dans la Malaria (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 1, 1900). — Ayant eu l'occasion de soigner un grand nombre de malariques, Ivanoff communique dans son travail les résultats obtenus avec les injections intramusculaires.

Pour ces injections, on emploie la solution de bichlorhydrate de quinine dans de l'eau distillée à 25 0/0. L'auteur a essayé d'augmenter la concentration de cette solution, mais la solution plus concentrée a déterminé de la douleur. Il vaut mieux préparer pour chaque injection une solution fraîche. On injecte 2 grammes de solution fraîche (à l'aide de la seringue de Lewin), c'est-à-dire 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine dans l'épaisseur des muscles fessiers. Le point de prédilection est le point Galliot, qui est déterminé par l'intersection de deux lignes : l'une horizontale qui passe à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, l'autre verticale qui sépare le tiers interne des fesses des deux tiers externes (ce point est remarquable par l'absence de vaisseaux et de nerfs importants). L'injection doit être faite lentement pour éviter la distension rapide et douloureuse des tissus. Il n'est pas besoin de faire des frictions et du massage sur le point d'injection. En ce qui concerne le nombre d'injections, il varie avec chaque cas particulier et est déterminé par les règles générales qui régissent le traitement de la malaria par la quinine.

Nous avons déjà dit que l'injection n'est pas douloureuse, ajoutons qu'elle n'est pas suivie de douleur. Il n'y a ni induration, ni abcès ; du moins dans les vingt-cinq cas de l'auteur on n'a observé rien de pareil. On n'a pas observé non plus aucune espèce d'accidents même dans les cas où la quantité de quinine injectée a été considérable (2 gr. 50). Quant aux indications des injections intra-musculaires, elles sont les suivantes :

1° Dans tous les cas graves comateux de malaria maligne, où il est indispensable d'introduire rapidement la quinine et où il est impossible d'administrer la quinine par la voie buccale ;

2° Dans les cas où la quinine n'est pas supportée par l'estomac ;

3° Dans les cas où il faut, pour une raison ou pour une autre, ménager l'estomac ;

4° Peut-être aussi dans les cas où l'administration de la quinine par la voie buccale détermine des accidents plus ou moins graves.

Pour conclure, Ivanoff estime que l'avantage présenté par les injections intra-musculaires de quinine, sur les autres modes de traitement, consiste dans l'absence de toute complication et aussi dans ce fait qu'elles ne sont nullement douloureuses. Cet avantage est tellement considérable qu'on pourrait remplacer les injections sous-cutanées par les injections intra-musculaires.

J. Roubleff.

Traitement de la scarlatine par l'arsenic à l'intérieur (*Thérapeutique russe moderne*, n° 12, 1899). — Il y a quelques années Speransky a fait connaître d'excellents résultats, par lui obtenus dans la scarlatine. Il a administré la liqueur de Fowler (d'un quart de goutte à une goutte entière, suivant l'âge de l'enfant) et il a constaté que l'arsenic diminue l'intensité de la maladie, prévient les complications graves, en même temps qu'il exerce une action prophylactique chez les personnes bien portantes de l'entourage.

Semtschenko a lui aussi expérimenté le traitement indiqué par Speransky, et en se basant sur un assez grand nombre de cas, arrive à des conclusions qui confirment les affirmations de Speransky, en ce qui concerne l'action thérapeutique de l'arsenic dans la scarlatine, tout en niant son action prophylactique.

J. Roubleff.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Arthritisme et végétarianisme, par H. Folet (*L'Echo médical du Nord*, 18 février 1900). — L'auteur cite le cas d'un arthritique souffrant d'eczéma péri-anal et d'une dermatite occipitale chronique, autour de laquelle une série de clous et de furoncles se produisait sans cesse.

Après avoir vainement suivi les traitements employés en pareil cas, il recourut à la levure de bière fraîche, dont il prit tous les jours trois cuillerées à bouche ; cette dose, quoiqu'elle

amenât une légère diarrhée, fut très bien tolérée, mais elle n'influa en rien la marche des clous en évolution et le malade en vit naître d'autres. La levurine n'amena pas de meilleur résultat et fut cessée au bout de quinze jours.

C'est alors que fut essayé le régime végétarien ou plus exactement le régime sans viande. Deux œufs accommodés de façons diverses à chaque repas; en plus, légumes variés féculents ou herbacés, fruits, laitages, fromages non faisandés, crèmes; nulle autre boisson que de l'eau (eau minérale et eau simple) ou du thé; café à volonté.

Dès le premier jour où le malade a adopté cette hygiène alimentaire, il n'a plus vu apparaître un seul furoncle. Ceux qui existaient ont achevé leur évolution, mais il n'en est pas venu d'autre jusqu'à présent, c'est-à-dire depuis cinq mois. La dermite occipitale a complètement disparu sans autre traitement local qu'un lavage à l'eau de Cologne. La peau est absolument lisse et normale à cet endroit. Enfin, l'eczéma périanal a aussi beaucoup diminué, et les démangeaisons qui l'accompagnent ont presque cessé.

Le malade a persévéré depuis, mais beaucoup moins strictement qu'au début. Il pratique aujourd'hui un végétarianisme « panaché », c'est-à-dire de la viande une fois par jour seulement.

Ce régime, en réduisant les repas à des mets très simples, a pour conséquence de faire ingérer une quantité d'aliments moins élevée, mais très suffisante pour les besoins organiques, car ce régime maigre apporte à l'organisme tout autant d'albumine qu'il lui est nécessaire. On peut admettre cette théorie que l'individu oxyde mieux et plus complètement les substances azotées fournies par cette alimentation, que celles fournies par la viande, et combat la tendance à l'hyperacidité, cause de l'arthritisme.

E. Vogt.

Hypnose dans l'alcoolisme chronique (*Revue russe de Psychiatrie*. n° 9, 1899). — Dans un certain nombre de cas d'alcoolisme chronique Kortschaguine a eu recours à l'hypnose et en se basant sur les résultats qu'il a obtenus, il croit pouvoir affirmer qu'on peut guérir radicalement l'alcoolisme d'un coup et que dans bien des cas on peut guérir sans placer les malades dans des établissements spéciaux.

Quant aux résultats de la suggestion obtenus par Kortschaguine, ils ont été les suivants :

Sur 11 alcooliques ayant des accès d'ivrognerie, 4 ont guéri; la guérison a été obtenue dans un laps de temps variant d'un à deux ans; sur 15 alcooliques sans accès, 6 ont guéri : la guérison a été obtenue dans un laps de temps variant d'un à six ans.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Traitement des kystes hydatiques du foie, par M. P. Delbet (*Société de Chirurgie*, 14 mars 1900). — L'orateur prend la parole pour faire reconnaître que les observations nouvelles apportées à la discussion sur le traitement des kystes sont toutes favorables à sa méthode de la « suppression du drainage ». Nous ne reviendrons pas sur les restrictions qu'il faut prudemment faire à ce sujet. Mais on ne saurait que l'approuver, lorsqu'il déclare que la ponction présente des dangers, car elle expose à la blessure de l'intestin ou de vaisseaux importants. M. Chauffard a perdu un malade en quelques heures à la suite d'une ponction exploratrice dans la région du foie. Cette méthode était cependant, ne l'oublions pas la méthode classique, recommandée par les plus modérés, il y a une quinzaine d'années. Elle doit, sans aucun doute, tomber aujourd'hui dans l'oubli.

A. Benoit.

Pneumotomie par corps étranger, par M. Tillmans (*Société médicale de Leipzig*, 23 janvier 1900). — Une fillette de 3 ans étant entrée à l'hôpital pour une pneumonie catarrhale du côté droit, suivie de pleurésie purulente, on fit, en mars 1899, une thoracectomie étendue. Malgré l'opération, l'enfant a succombé avec des symptômes de septicémie. A l'autopsie, on trouva le poumon droit presque détruit par la gangrène. Dans la bronche droite se trouvait un épi de blé entouré de pus, et dans ce dernier des grains d'actinomyces. Dans les crachats de l'enfant, on n'avait cependant trouvé que des streptocoques et des staphylocoques.

A. Benoit.

Morceau d'os engagé depuis quatre ans dans le poumon gauche et extrait par les voies naturelles (*Deutsche med. Wochenschrift*, 8 mars 1900). — Le Pr Killian de Fribourg en Br. donne l'observation d'un machiniste qui, pris d'un violent accès de toux pendant le repas, aspira une esquille osseuse (mars 1896). Depuis cette époque, le sujet souffre de bronchorrhée putride avec violentes douleurs dans la région laryngienne droite : cachexie marquée. L'examen par les rayons X n'ayant pas permis de déceler le corps étranger, les médecins traitants avaient mis en doute son existence. L'auteur vit le patient pour la première fois, fin 1899 : pas de bacilles de Koch. L'examen laryngoscopique, après divers essais

infructueux, permit de voir le corps étranger engagé dans la bronche droite.

Pour enlever ce corps étranger, on essaya de recourir à la bronchoscopie après cocaïnisation des voies aériennes supérieures. Un tube fut introduit jusqu'à la bronche droite, entre les molaires, l'introduction directe ayant échoué : à ce moment, le champ opératoire fut envahi par les sécrétions bronchiques : l'aspiration au moyen de la pompe aspirante œsophagienne (modèle de l'auteur), permit d'enlever des mucosités, mais elles se reformaient sans cesse, et Killian termina l'examen. Il se proposait, en présence de cet insuccès, de recourir à la trachéotomie, mais le malade, fort peu impressionné par les manœuvres, réclama une seconde intervention non sanglante qui fut tentée séance tenante, après une seconde cocaïnisation. Cette fois, l'opérateur n'essaya plus de voir le corps étranger : il se borna à introduire une pince à travers le tube et à la pousser en avant jusqu'à ce qu'elle vînt toucher le morceau d'os : l'extraction ne présenta aucune difficulté. Les suites opératoires ont été excellentes, mais les bronchectasies ayant pris naissance à la suite de l'accident ne paraissent pas devoir se modifier rapidement.

Le corps étranger (morceau d'os de veau) mesurait 15 millimètres, 11 millimètres et 4 millimètres dans ses trois dimensions.

L'auteur n'a pas trouvé dans la littérature d'autre exemple de corps étranger extrait d'une bronche, par les voies naturelles, longtemps après l'accident. La réussite de l'intervention démontre que la durée du séjour du corps étranger ne constitue pas une contre-indication à l'opération.

E. Vogt.

Colostomie iliaque par double ligature, par M. Gangolphe, de Lyon (*Revue de Chirurgie*, n° 2, 1900). — Les procédés classiques de colostomie iliaque dans le cancer du rectum, sont passibles de deux principaux reproches : le prolapsus de la muqueuse et le passage des matières dans le bout inférieur. Aussi peut-on recommander le procédé suivant qui vise à supprimer ces inconvénients. M. Gangolphe fait une incision iliaque juste suffisante, pour n'avoir pas d'éventration. Après avoir repéré le péritoine, l'index gauche va accrocher une anse iliaque, parfois dissimulée sous des anses d'intestin grêle. Il l'amène à l'extérieur. Si le mésocôlon est long, il ne faut pas hésiter à attirer au dehors 5 à 6 centimètres et plus de gros intestin, qui seront sacrifiés. En effet, après avoir passé un gros fil de soie double à travers le méso, on fait une ligature double des deux fils entrecroisés préalablement, et les deux jambes de l'anse sont solidement nouées pour obtenir le sphacèle. On établit au-dessus de ses ligatures une collerette de sutures séro-séreuses qui ferment le ventre et on suture les divers plans pour panser ensuite avec la gaze iodoformée. Deux jours après, le sphacèle est consommé; il ne reste plus qu'à ouvrir l'anse gangrenée au thermo-cautère, pour la vider : faire sauter les deux ligatures et abandonner la régularisation à la nature. On a un anus avec deux ouvertures en canon de fusil, fonctionnant parfaitement. Par le bout inférieur, il est loisible de faire des lavages.

A. Benoit.

Rétrécissements tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grêle, par Tuffier (*Presse Médicale*, n° 15, p. 92, 1900). — Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle ne sont pas très rares, puisque Bernay, de Lyon (thèse 1899) en a réuni 70 cas. Tuffier croit même que les rétrécissements non cancéreux de l'intestin sont dûs le plus souvent à la tuberculose.

On doit, selon lui, distinguer la *variété cicatricielle* qui a pour point de départ une ou plusieurs ulcérations tuberculeuses en voie de guérison ; la *variété fibreuse d'emblée* (lésions tuberculeuses primitives de la sous-muqueuse); la *variété hypertrophique*, de beaucoup la plus rare, due à une infiltration tuberculeuse étendue à toutes les tuniques, sur laquelle vient se greffer une réaction inflammatoire banale. Ici la sténose est le résultat d'une véritable entérite fongueuse; la lumière de l'intestin est effacée par l'épaississement considérable de la muqueuse. La forme hypertrophique (huit cas sur les soixante-dix relatés par Bernay) a pour lieu d'élection le quart inférieur de l'intestin grêle et le cæcum.

La nécessité de l'intervention chirurgicale est aujourd'hui admise par tous, comme le seul moyen de sauver les malades. Il faut au préalable relever l'état général par les toniques, les lavements alimentaires, les injections de sérum, etc.

Une fois le ventre ouvert (laparotomie médiane) on trouve facilement la partie rétrécie, dont le siège est révélé fréquemment par la dilatation de l'anse intestinale correspondante. S'il existe plusieurs rétrécissements, on est obligé de dévider l'intestin en prenant toutes les précautions d'usage, c'est-à-dire en rompant et liant les adhérences, obturant les déchirures et les fistules. Parfois on est obligé de refermer le ventre, si les lésions sont trop étendues et de pratiquer seulement un anus contre nature.

L'opération radicale consiste dans la résection du ou des rétrécissements. Les sténoses hypertrophiques étant des lésions en voie d'évolution, leur résection s'impose.

La résection effectuée, Tuffier pratique l'entéro-anastomose latérale dite « en canon de fusil » à l'aide des sutures.

L'opération est complétée par la résection du mésentère de l'anse malade et des ganglions qu'il renferme presque toujours.

Dans trente-sept cas on a eu recours à la résection intestinale (en moyenne 0 m. 10 et 0 m. 20; dans un cas jusqu'à 2 m. 05 (Kœberlé). Vingt-sept opérés ont guéri. En ce qui concerne plus particulièrement les sténoses hypertrophiques, sur huit interventions on compte huit succès.

G. Lyon.

Infection et désinfection des plaies par armes à feu, par M. Tavel (de Berne). (*Revue de Chirurgie* déc. 1899) — Après des expériences nombreuses sur les dégâts causés par des balles, armées ou non de morceaux d'étoffe de soldat *usagées*, l'auteur a pu conclure comme il suit :

Dans le traitement des plaies par armes à feu contaminées, *moins on fait, mieux on fait*. En effet, la désinfection de ces plaies est impraticable et tous les moyens physiques ou chimiques employés ne font que léser davantage les tissus et les préparer mieux encore à l'envahissement par les microbes restés vivants dans la profondeur des tissus où ils ont été projetés par la balle. Cette règle vise uniquement les lésions causés par une balle, sans complication de blessures des organes internes, qui comportent des indications spéciales.

Bergmann, dans la guerre russo-turque, Kocher de son côté, ont observé que des milliers de guérisons sont obtenus par la simple *occlusion aseptique* de l'orifice des plaies, à la *Guérin*. Leurs observations trouvent donc une explication dans les expériences citées plus haut. Le *drainage*, le tamponnement antiseptique à l'iodoforme conviennent aux cas compliqués. L'occlusion pure et simple doit donc prendre le pas sur les traitements énergiques. L'expectation est aussi préconisée par Langenbeck.

A. Benoit.

Pathologie et traitement de la péritonite tuberculeuse (*Chirurgie Russe*, n° 10, 1899). — Gliastein, après avoir passé en revue la littérature touchant le traitement de la péritonite tuberculeuse, rapporte 13 cas où l'intervention chirurgicale a été pratiquée par Benissovitch.

Le diagnostic dans tous les cas a été établi avant l'opération. Quant à celle-ci elle a consisté à ouvrir le péritoine et à le suturer après par des sutures à étages. La cicatrisation s'est faite dans tous les cas par première intention.

Un seul malade est mort. Dans 7 cas, étant, donné qu'il existait de solides adhérences du péritoine avec les intestins, on n'est pas parvenu à pénétrer dans la cavité péritonéale. Dans trois cas on a pu extraire de la cavité péritonéale un peu de liquide : dans trois autres cas la quantité de liquide a été considérable.

Dans tous les cas, excepté deux, les malades ont quitté l'hôpital améliorés et l'amélioration n'a fait que progresser.

Dans deux cas le volume du ventre est resté le même qu'avant l'opération.

L'amélioration s'est manifestée par la mollesse de la paroi abdominale ainsi que par la diminution du météorisme (grâce à la résorption de l'exsudat) et aussi par l'amélioration de la nutrition.

L'opération (aseptique) ne comporte aucun inconvénient. Ce qu'on peut formuler d'une façon générale, c'est que dans la péritonite tuberculeuse plus tôt on intervient mieux cela vaut, car la laparotomie détermine souvent une amélioration et plus tard la guérison complète.

J. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement diététique de la dilatation stomacale (*Deutsche med. Wochenschrift* 15 mars 1900). — Albu se déclare l'ennemi du régime sec : on sait en effet que dans l'estomac normal, ce sont les liquides qui séjournent le moins longtemps : ils passent rapidement dans le duodénum. Dans l'estomac dilaté, les fonctions motrices sont diminuées ; il faut donc introduire dans un estomac de ce genre les aliments qui y séjournent le moins, c'est-à-dire précisément des liquides. Cette conclusion est d'ailleurs conforme aux lois de la physique ; si l'on exerce sur une poche à parois élastiques une pression, on arrive toujours beaucoup plus facilement à chasser les liquides que les solides de cette poche. L'expérience nous apprend enfin qu'on retire quelquefois d'un estomac ayant perdu sa motricité des aliments solides ayant séjourné jusqu'à trois jours dans la poche gastrique.

Si l'ectasie gastrique est primaire, l'insuffisance motrice ne sera jamais absolue et un traitement rationnel en viendra à bout : si elle est secondaire à un rétrécissement pylorique, elle rentre pour l'auteur dans le domaine de la

chirurgie beaucoup plus nettement que l'appendicite par exemple ; les malades ne peuvent être alors que soulagés par les prescriptions médicales et diététiques.

En ordonnant un régime, on devra chercher à obtenir une évacuation rapide, facile et complète du contenu de l'estomac dans l'intestin. Le régime se composera donc de liquides, car, pour les raisons ci-dessus énoncées, le régime sec est antiphysiologique et irrationnel.

Il va sans dire qu'il ne faut pas supprimer tout aliment solide : il ne faut pas d'un autre côté faire ingérer des liquides de faible valeur nutritive, qui surmènent l'organe sans grand profit. Le lait formera la base de l'alimentation ; les préparations culinaires les plus variées peuvent être utilisées pour le faire accepter aux malades qui ne l'aiment pas ; les œufs seront de même recommandés, les potages seront additionnés d'albuminoïdes (nutrose, plasmone, etc.). présentant une grande valeur nutritive sous un petit volume.

Presque tous les légumes, convenablement modifiés par l'art culinaire, seront permis. Comme nourriture animale, la cervelle, le riz de veau, le poulet, la gelée de viande, quelques poissons. Le pain ne sera pas grillé : ou permettra un peu de beurre (30 grammes par jour). Voici, par exemple, le menu d'une journée :

8 heures matin. 125 grammes de lait dans lequel on trempera deux zwiebachs ;

9 heures. 125 grammes de crème ;

10 heures. Un lait de poule avec deux œufs ;

11 heures. Une tasse de cacao au lait ;

Midi. Une petite assiettée de potage au gruau ;

1 heure. 80 grammes de riz de veau avec trois cuillerées à soupe d'épinards.

3 heures. 125 grammes de lait ;

4 heures. Une tasse de chocolat et un zwiebach ;

5 heures. 125 grammes de crème ;

6 heures. Une petite assiettée de gruau d'avoine avec œuf et plasmone ;

7 heures. Une tasse de potage avec œuf poché et petit pain ;

8 heures. 125 grammes de lait ;

9 heures. 125 grammes de lait ;

On fera en outre, matin et soir, s'il y a lieu, un lavage de l'estomac, et plusieurs fois par jour, après ingestion d'aliments, un massage de la région épigastrique (effleurage le long de la grande courbure jusqu'au-delà du pylore, suivi de mouvements rotatoires énergiques, exécutés avec la pulpe des doigts sur la région stomacale).

Ces malades présentent souvent une diminution marquée de la teneur en oxygène du sang ; on recommandera dans ce cas le séjour au lit, de façon à ce que tout l'oxygène soit utilisé par la fonction digestive et non en partie par l'activité musculaire.

Depuis que l'auteur a adopté le régime ci-dessus, il a pu enregistrer, sur plus de 50 dilatés, de rapides améliorations et des augmentations de poids même chez des malades présentant une sténose pylorique très marquée. Chez les sujets auxquels on dut faire la résection du pylore ou la gastro-entérostomie, le même régime fut prescrit pendant les premiers mois qui suivirent l'opération.

E. Vogt.

Le cacodylate de soude dans l'épithélioma de la langue, par Renaut (*Société médicale des Hôpitaux*, 16 mars 1900.) — Un malade atteint d'un épithélioma de la langue, diagnostiqué à la fois cliniquement et histologiquement, il y a deux ans, a vu son état s'améliorer au-delà de toute espérance par l'administration suivie de cacodylate de soude sous forme pilulaire : une à cinq pilules par jour de 5 centigrammes chacune.

Depuis dix-huit mois, le traitement a été suiv régulièrement un mois sur deux. Il ne semble pas douteux que ce résultat heureux ne soit la conséquence du traitement par le cacodylate de soude ; car le traitement local n'a consisté qu'en bains de bouche avec un liquide alcalin quelconque.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide sous arachnoïdien, par Ath. Sicard (*Thèse de Paris*, 1899-1900). — La ponction lombaire de Quincke fut d'abord employée comme moyen de traitement dans l'hydrocéphalie, puis comme moyen de diagnostic. Différents auteurs ont faits des essais pour se servir du liquide céphalo-rachidien pour introduire dans l'organisme des substances médicamenteuses plus ou moins actives. S. dans son travail inaugural, expose les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques : nous en retiendrons les particularités qui intéressent surtout le thérapeute.

Chez l'animal, les injections de liquides non toxiques sont parfaitement tolérées, même à doses relativement considérables : on peut, chez le chien, introduire dans la cavité arachnoïdienne 200 grammes d'une solution de chlorure de

sodium à 5 pour 1000 à une vitesse de 10 cc. par minute sans provoquer d'accidents. Ceux-ci surviennent avec 250 cc. ou 300 cc. de liquide : si l'on n'atteint pas la dose de compression mortelle, l'animal peut revenir à lui, il persiste pendant quelque temps de la somnolence et une parésie du train postérieur, vite dissipées. La morphine, injectée par la voie lombaire a un équivalent toxique différent de celui qu'elle a, introduite par d'autres voies : la cocaïne amène en quelques instants une analgésie complète du train postérieur se généralisant au bout de dix à vingt minutes. L'iodure de potassium injecté à raison de 0 gr. 10 ou 0 gr. 20 par kilogramme d'animal amène de la paraplégie avec douleurs vives et la mort au milieu de phénomènes méningitiques.

Si l'on injecte chez l'animal, par la voie lombaire, de fortes doses de sérum antitétanique (50 ou 60 cc.), après inoculation de culture filtrée tétanique, la guérison peut être obtenue : l'injection sous arachnoïdienne de sérum antitétanique est moins active que l'injection intracérébrale, plus active que l'injection sous cutanée : des chiens inoculés avec une émulsion de bacilles de Koch, au niveau de l'articulation atloïdo-occipitale et recevant par voie lombaire de l'huile iodoformée ont mieux résisté que les témoins.

Chez l'homme, les résultats obtenus jusqu'ici sont encore peu probants : avant de faire l'injection il est bon de retirer 5 ou 10 cc. de liquide céphalorachidien ; il faut avoir soin de pousser l'injection lentement, les solutions médicamenteuses employées seront portées à 37° : on doit se servir d'une aiguille fine mais résistante. En général l'opération n'est suivie d'aucun accident. Cependant quelques malades ont eu deux à six heures après quelques symptômes passagers : céphalée, vomissements, élévation de température.

L'injection sous-arachnoïdienne chez l'homme de sérum antitétanique (40 à 60 cc.) s'est montré impuissante à arrêter le processus morbide entre les mains de Sicard et Hubner : Jacob aurait obtenu un résultat positif.

Dans la paralysie générale, avec crises épileptiformes l'injection de chlorure de sodium 0 gr. 02 à 0 gr. 05 a peut-être amené une amélioration momentanée ; le même résultat a été obtenu dans l'épilepsie avec du bromure de potassium (0 gr. 0 2 1/2). Jacob observe de bons effets dans la syphilis cérébrospinale de l'injection 0 gr. 01 d'iodure de potassium dans 25 centimètres cubes d'eau : Jaboulay à la suite de 0 gr. 50 de la même substance a vu survenir des accidents mortels.

La substance, qui a donné les meilleurs effets thérapeutiques, a été le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 025 pour 1 1/2 et 2 centimètres cubes d'eau stérilisée. Cette injection amène une analgésie des membres inférieurs, qui permet les interventions chirurgicales sans anesthésie générale. Bier, Tuffier, Seldowitch ont pu utiliser cette méthode. Contre les douleurs fulgurantes du tabes Sicard, Gasne ont employé le chlorhydrate de cocaïne par la voie lombaire, l'amélioration n'a été que passagère.

P. Sainton.

Application de la ponction de Quincke au traitement d'une paraplégie consécutive à un traumatisme de la portion lombaire de la colonne vertébrale, par Albertin (*L'Echo médical de Lyon*, 15 mars 1900). — Il s'agit de l'observation d'un malade atteint de paraplégie survenue à la suite d'une chute faite d'une hauteur de 10 mètres environ, le sujet étant tombé d'abord sur les pieds, ensuite sur les reins ; c'est la région lombaire qui a été surtout traumatisée.

De l'examen du malade, il ressort qu'il s'agit d'une paraplégie portant sur tous les extenseurs.

Le malade est laissé au repos et mis en observation. L'état reste stationnaire : pendant plusieurs jours, la température oscille entre 37° et 37,8. La douleur lombaire provoquée par les mouvements s'amoindrit dès le quatrième jour. On voit apparaître sur la région lombaire une large ecchymose qui fuse dans la région interfessière et le flanc droit.

Au bout de quinze jours la paraplégie est sensiblement identique à ce qu'elle était au début, toujours localisée aux extenseurs.

En présence de l'ecchymose diffuse de la région lombaire, de l'absence de signes bien nets de fracture, l'auteur admit que la paraplégie pouvait être due à un épanchement sanguin intra-rachidieu, et décida de pratiquer une ponction de Quincke pour évacuer éventuellement cette collection.

La peau est incisée sur la ligne médiane lombo-sacrée. La partie inférieure de l'apophyse épineuse de la dernière lombaire est légèrement dénudée et la ponction faite avec le gros trocart de Potain. Lorsque le trocart est retiré la canule rejette un liquide séro-hématique de couleur jus de pruneaux absolument comparable au liquide qui persiste dans un foyer ancien d'hématome. Le liquide s'étant évacué goutte à goutte le trocart est retiré et un pansement est appliqué. La quantité de liquide recueilli est de 20 à 35 centimètres cubes. Le malade qui pendant la ponction avait été anesthésié à l'éther, n'a présenté aucun phénomène particulier du côté de l'appareil respiratoire ou circulatoire : le lendemain il

accuse de la douleur au niveau de la région lombaire et il est difficile de déterminer exactement s'il y a une modification de l'état paralytique.

Le surlendemain le patient peut contracter les extenseurs du gros orteil surtout du côté gauche. La recherche des réflexes plantaires et patellaires permet de constater qu'ils sont esquissés, mais avec un retard très marqué.

On ne trouve plus de zone d'anesthésie. Les jours suivants, cette amélioration s'accentue.

De jour en jour, la faculté motrice augmente, le malade peut détacher les talons du lit ; il n'y a plus cette chute du pied dans l'extension forcée qui était caractéristique de l'attitude des membres inférieurs après l'accident.

Les réflexes sont nets, mais toujours avec un retard marqué.

A partir de cette époque, le malade a commencé à s'essayer à marcher avec des béquilles et a accusé une facilité progressive de la marche.

L'auteur pense que les phénomènes paraplégiques étaient dus à une compression médullaire par un épanchement sanguin intra-rachidien, cet épanchement ayant pu se faire au niveau d'une fissure osseuse traumatique de la paroi du canal.

L'amélioration observée du côté de la paraplégie doit être attribuée à la soustraction du liquide par la ponction de Quincke ; cette intervention mérite d'être signalée comme pouvant trouver son indication dans certains traumatismes de la région lombo-sacrée s'accompagnant de phénomènes paralytiques.

E. Vogt.

Traitement du délirium trémens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, par J. Masbrenier (*Presse Médicale*, n° 7, p. 45, 1900). — L'opium à hautes doses, employé d'abord par Saunders, dont l'emploi fut ensuite vulgarisé par Satton, Dupuytren, Rayer, Stokes, est encore regardé par la plupart des médecins, comme le moyen le plus efficace contre le délirium trémens. Le chloral a eu aussi de nombreux partisans (Trousseau et Pidoux, Lancereaux), Opium et chloral ne sont cependant que des toxiques qui s'adressent aux symptômes, mais non à la cause même du syndrome morbide. Aujourd'hui, on a tendance à traiter le malade comme un intoxiqué, c'est-à-dire que l'on cherche surtout à favoriser l'élimination de l'alcool et à augmenter la résistance du sujet. « Il faut avant tout, disent Magnan et Sérieux, relever les forces du malade par une alimentation substantielle, par la caféine, au besoin même par des injections de caféine et d'éther. »

Trousseau, pour favoriser l'alimentation, avait employé la digitale ; récemment M. Letulle a préconisé les bains froids à 18° qui lui ont donné d'excellents résultats. Guidé par des idées analogues M. Quénu a été conduit à employer les injections de sérum artificiel, qui constituent un tonique puissant en même temps qu'un diurétique d'une efficacité et d'une rapidité d'action incontestables. M. Masbresnier relate trois cas où l'atténuation du délire et de l'agitation a été obtenue avec une rapidité remarquable, résultat fort important lorsqu'il s'agit de procédés sans retard à la réduction d'une fracture ou d'une suture tendineuse ou osseuse.

G. Lyon.

Sur le traitement de l'hystérie par le réveil de la sensibilité, par G. Comar (*Bulletin médical*, 11 novembre 1899). — On sait que Sollier, guidé par une nouvelle conception de la nature de l'hystérie a préconisé un nouveau mode de traitement, le réveil de la sensibilité. Pour lui : les grands hystériques sont dans un état perpétuel de *vigilambulisme* ; pour faire disparaître les accidents qu'ils présentent, il faut donc les réveiller complètement, leur faire sentir leurs membres ou leurs viscères. C. rapporte un cas d'hystérie datant de cinq ans, avec crises convulsives, anorexie, astasie-abasie où la guérison a été obtenue par un grand nombre de séances de suggestion, dans le but de provoquer le réveil. De ce cas il ne faut point conclure qu'il faille toujours avoir recours à cette méthode de traitement ; il ne faut l'employer que dans les cas où tous les efforts ont été impuissants. On sait en effet que le somnambulisme n'est pas sans présenter des inconconvénients et qu'il ne faut le mettre en œuvre qu'à bon escient.

P. Sainton.

Effets de la demi-inanition chlorurée dans le traitement de l'épilepsie, par Ch. Roux (*Société de Biologie*, 17 mars 1900). — L'auteur a essayé la méthode préconisée par Richet et Toulouse dans le traitement d'épilepsie chez quatre individus : les sujets ont été soumis au régime lacté absolu, c'est-à-dire qu'ils ne prenaient en tout par ce régime que trois à quatre grammes de chlorure par jour au lieu des huit à neuf grammes que l'on ingère dans le régime ordinaire. La dose quotidienne de bromure de sodium était de trois à quatre grammes. Dans ces quatre cas les crises disparurent rapidement : fait très important, si on ajoutait au lait du chlorure de sodium les crises convulsives réapparaissaient.

P. Sainton.

Les accidents nerveux du paludisme, par Léon Bertrand (*Annales de la Société chirurgicale d'Anvers*, janvier-février 1900). —

Les accidents nerveux occupent une très grande place dans les manifestations du paludisme : outre la rachialgie, la céphalalgie qui accompagnent l'accès lui-même, on peut signaler les névrites, les paralysies d'origine cérébrale et cérébrobulbaire : souvent apparaissent aussi des œdèmes fugaces que l'on peut classer parmi les œdèmes angioneurotiques ; enfin des troubles psychiques. Il est de la plus grande importance de connaître l'origine paludique des accidents : on sait que nombre de paralysies et d'aphasies transitoires peuvent être attribuées à des tromboses, par amas des hématozaires dans les vaisseaux. Aussi faut-il dans tous les cas de paralysie subite chez un paludéen instituer un traitement quinine très énergique : on donnera le sulfate de quinine à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, par doses de 2 grammes en une seule fois : par la voie hypodermique, il faut préférer le chlorhydrate acide en raison de sa plus grande solubilité.

P. Sainton.

Enfant imbécile du type dit « Mongol », par E. Ley (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, janvier-février 1900). — Le type « Mongol » de l'idiotie, ainsi appelé parce que les sujets présentent le faciès de ce type ethnique, présente une certaine individualité : à propos du malade dont il est question dans l'observation, l'auteur fait remarquer que tous les enfants imbéciles et idiots appartenant à ce type présentent un certain degré d'éducabilité, ce qui n'est pas sans être d'un grand intérêt pour le pronostic et le traitement. Le traitement thyroïdien a été essayé chez le sujet observé par l'auteur, il a été continué pendant dix mois sans avoir amené d'effet fonctionnel appréciable ; cette absence de réaction à la thyroïdine signalée déjà par Beach, Shuttelwouth, Vinke, Sutherland mérite d'être notée avec soin.

P. Sainton.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

L'épithélioma et son traitement (*Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, (1er mars 1900). — A l'occasion d'une présentation de malade atteinte d'épithélioma du nez, et chez qui avait été pratiquée l'ablation totale du nez suivie d'autoplastie, M. Brocq fait observer que si l'on fait des lambeaux autoplastiques, il faut les prendre aussi loin que possible du foyer épithélial. Il est partisan du traitement par le raclage suivi d'applications de chlorate ou bien de la destruction au galvanocautère.

M. Darier estime qu'il ne faut pas considérer l'épithélioma comme beaucoup plus étendu histologiquement, dans tous les cas, qu'il ne le paraît cliniquement, ni par conséquent admettre que les récidives sont à peu près fatales. Dans certains cas, il s'agit de petites tumeurs bien limitées, presque enkystées, dont on peut obtenir la guérison définitive, soit par le raclage, soit par la cautérisation, et M. Darier en a vu qui n'avaient pas récidivé au bout de six ans. Dans d'autres cas, au contraire, il s'agit de néoplasmes infectants et plongeants d'emblée, qui diffusent rapidement par la voie des lymphatiques.

Il y aurait avantage, dans beaucoup de cas, à faire une biopsie sur le bord de la lésion pour se renseigner sur le degré de malignité de la tumeur. L'examen permettrait de juger si la lésion est simplement papillaire, par conséquent bénigne, ou si elle est du type carcinomateux, c'est-à-dire infectant.

G. Lyon.

Traitement radical de l'épithélioma par l'arsenic (*Klin.-therap. Wochenschrift*, n° 2, 1900). — Trunkececk constate que le traitement qu'il a préconisé avec Czerny s'adresse à tous les épithéliomas facilement accessibles s'ils ne sont pas trop avancés et quel que soit leur volume : l'action thérapeutique est d'autant plus marquée que l'ulcération est plus accentuée. Les petits épithéliomas non encore opérés guérissent en trois à quatre semaines, et le traitement peut être confié au malade lui-même. On commence par nettoyer l'ulcère en évitant de le faire saigner, puis on fait un badigeonnage avec le topique, on laisse sécher cinq minutes et on fait un nouveau badigeonnage. Pas de pansement. Le topique se formule ainsi :

Acide arsénieux pulvérisé.....		1 gramme
Alcool absolu....	ãã	75 grammes
Eau distillée.....		
Us. Ext. :		

Le lendemain, l'ulcère est recouvert d'une croûte qu'on laisse en place : on badigeonne la croûte une à deux fois par jour, en se guidant sur la résistance du malade. La croûte augmente de jour en jour de volume et finit par tomber sous l'influence d'une poussée suppurative : si cette élimination s'accompagne d'hémorragie, il faut admettre que des éléments néoplasiques se trouvent encore au fond de la plaie.

Si au cours du traitement, la croûte devient de plus en plus épaisse, il faut augmenter graduellement la dose d'arsenic et arriver à la formule :

Acide arsénieux....		1 gramme
Alcool absolu....	ãã	40 grammes
Eau distillée.....		

Us. Ext. :

Après élimination de la croûte produite par ce topique concentré, on fera un badigeonnage avec le topique faible (voir plus haut). Si, le lendemain, il se forme une croûte jaune-verdâtre, on peut être sûr que le néoplasme a disparu et on termine le traitement en pansant la plaie comme une plaie granuleuse ordinaire. Il va sans dire que le traitement pourra être modifié suivant les circonstances.

E. Vogt.

Savon noir, savon vert, sapo Kalini, par J. Jorescu (*Revue médico-pharmaceutique*, 31 janvier 1900). — Pour préparer ce savon, on chauffe dans un vase en étain ou en porcelaine, 200 grammes d'huile de lin, de colza ou de foie de morue. Ensuite, on y ajoute un mélange de 270 grammes de lessive de potasse (degré 1,126), et 20 grammes d'alcool à 90°. On fait bouillir le tout jusqu'à saponification et l'on obtient un savon mou d'une couleur plus ou moins brune, d'une odeur particulière. Pour obtenir sans matière étrangère un savon d'un beau vert, on n'a qu'à employer de l'huile de chanvre à la place de toute autre huile.

Ce savon étant très employé en dermatologie et médecine interne, il y a lieu de porter une attention toute particulière à la composition de ce produit.

Voici la méthode employée par l'auteur pour analyser un savon de qualité douteuse.

1° Le savon doit se dissoudre dans l'eau sans laisser de gouttes huileuses (graisse non saponifiée).

2° Il ne doit donner dans une solution de deux parties d'alcool, qu'un très faible résidu (amidon, kaolin, silicate de soude).

3° La solution alcoolique ne doit pas produire avec deux gouttes d'acide chlorhydrique de précipité floconneux (savon résineux).

4° Si, à une solution de 10 grammes de savon dans 30 cc. d'alcool, on ajoute 0,5 d'acide chlorhydrique normal, la solution doit rester claire; en ajoutant à cette solution une goutte d'une solution de phénolphtaléine, elle ne doit pas se colorer en rouge (alcali libre).

E. Vogt.

La sapodermine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 22 mars 1900). — Sack donne ce nom à un savon à base de caséinate d'hydrargyre (teneur en Hg 6,9 0/0). Le savon contient 2 00/00 Hg. Le produit est de couleur vert grisâtre, l'odeur fade; sa solubilité est parfaite. La mousse est extrêmement adhérente à la peau; elle ne provoque aucune irritation.

Les affections cutanées, traitées par la sapodermine, ont été les suivantes : acné, sycosis, furonculose, eczémas, syphilides, etc. Il faut laisser la mousse savonneuse sécher sur la peau, de façon à obtenir une sorte de vernis très adhérent.

Dans une série de cas de syphilides cutanées, l'auteur a provoqué la régression rapide des lésions par l'emploi de la sapodermine, et cela sans le secours de la médication interne.

E. Vogt.

L'acide picrique dans le traitement du phagédénisme, par E. Harvthorn (*Marseille Médical*, n° 6, p. 177, 1900). — L'auteur a utilisé l'acide picrique contre le phagédénisme qui complique les chancres simples ou syphilitiques ; c'est la solution saturée qu'il a employée dans tous les cas. Il faut éviter autant que possible de mettre les téguments sains de la verge en contact avec l'acide picrique ; car, en effet, ceux-ci prennent d'abord une consistance parcheminée accompagnée d'un érythème prurigineux très désagréable.

G. Lyon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien chef de clinique de la Faculté

Néphrectomie dans un cas de néphrite hématurique (*Acad. de méd.* Séance du 20 mars 1900). — Guyon rapporte une observation de Pousson. C'est l'histoire d'une femme de 31 ans atteinte de néphrite unilatérale gauche avec hématuries, douleurs, albuminurie. La *néphrotomie*, faite le 13 juin améliora la situation qui redevint grave quand la plaie rénale fut cicatrisée. Pousson fit alors la *néphrectomie* et la malade guérit définitivement.

E. Chevalier.

Rupture traumatique de la vessie, par Malherbe (de Nantes) (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 262). — C'est l'histoire d'un homme de 28 ans qui, à la suite d'une chute, présenta des troubles urinaires assez obscurs, sans hématuries dans les

premiers jours, et chez qui se produisit une infiltration urinaire dans la cavité de Retzius. L'incision de la taille hypogastrique fut faite tardivement et l'on put constater une perforation de la face antérieure de la vessie — que l'autopsie confirma.

E. Chevalier.

Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate, par Albarran et Hallé (in *Ann. Gén. Ur.*, février et mars 1900). — Les auteurs, après avoir étudié 100 cas d'hypertrophie prostatique, au hasard de la série, et en avoir fait l'examen histologique complet, concluent que, dans un certain nombre de prostates ayant l'aspect macroscopique de l'hypertrophie, on trouve des lésions épithéliales malignes : adénome très proliférant, épithélioma adenoïde circonscrit ou diffus, partiel ou généralisé ; infiltration épithéliale du stroma discrète ou confluente, îlots de cancer alvéolaire. Ces diverses lésions vont de l'adénome bénin (hypertrophie) au cancer de la prostate, dont les intermédiaires sont l'épithélioma prostatique et le cancer intra-capsulaire circonscrit. Ils donnent la première description de l'épithélioma adénoïde de la prostate.

Ils demandent de faire de nouveau l'analyse clinique des cas de dysurie sénile, que l'on classe dans les prostatiques et qui ne ont pas des hypertrophies prostatiques, mais des myopathies vésicales.

E. Chevalier.

Note sur un cas de suppuration prostatique et périprostatique avec présence dans le pus d'un microbe strictement anaérobie, par Cottet et Duval (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 280). — C'est l'histoire d'un malade porteur d'un abcès prostatique opéré chez Guyon par la voie périnéale. Le pus était fétide, sans gaz. Les tissus avaient la coloration noirâtre des tissus en voie de sphacèle et d'élimination. Guérison. Le pus contenait :

1) Un microbe aérobie : le *staphylococcus albus*.
2) Un microbe aérobie : le *bacillus perfringens*.

E. Chevalier.

De l'abouchement des uretéres dans le côlon (urétéro-colostomie), par Duval et Tesson (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 269). — Les auteurs ont expérimenté sur le chien un procédé d'abouchement des uretères coupés dans la continuité et fixés dans le côlon à l'aide d'un procédé créant, sous un volet séro-musculaire, une valvule muqueuse. Ils ont vu que ce procédé exposait, à la suite de l'atrophie de la valvule muqueuse, à l'infection ascendante urétro-rénale. Ils concluent que tout abouchemen de l'uretère dans le côlon doit conserver à l'uretère l'appareil de défense que celui-ci présente à son orifice vésical. C'est donc le procédé de Maydl qu'ils recommandent.

E. Chevalier.

Traitement des rétentions rénales, par Gosset (in *Rev. de Chir.*, 1900, p. 335). — L'auteur conclut que dans une rétention rénale, il faut procéder en deux temps.

D'abord faire la *néphrostomie* : celle-ci permettra à la poche de revenir en partie sur elle-même, et, dans les cas de pyonéphrose, de reposer l'uretère et de désinfecter les tissus.

Dans un second temps, éloigné de plusieurs mois du premier, on rétablira la voie urétérale, grâce à la section de l'éperon (exceptionnellement) ou grâce à l'anastomose latérale de l'uretère, à la poche pyélique au fond de la cuvette (opération de choix).

E. Chevalier.

La curabilité de la blennorrhée génitale, par P. Dietz (*La Belgique médicale*, 1er février 1900). — Beaucoup de praticiens sont en désaccord sur la curabilité de la blennorrhée génitale.

L'auteur, par une expérience de nombreuses années de pratique, est arrivé à cette conviction que, si l'on n'est pas toujours désarmé vis-à-vis de cette maladie, les moyens que la médecine peut opposer à certains cas de gonorrhée génitale sont insuffisants et impuissants.

L'auteur cite le cas d'un homme de 45 ans, atteint de prostatite blennorragique chronique particulièrement rebelle : depuis dix ans, aucun médecin n'est jamais parvenu à le guérir. Par des massages de la prostate, on parvint à éclaircir les urines. Mais à peine le traitement est-il interrompu qu'une nouvelle rechute se déclare.

Chez la femme, on constate également des cas longs et difficiles à guérir, sinon incurables ; notamment l'infection des trompes, inaccessibles, comme la prostate chez l'homme, aux moyens connus d'intervention directe.

Quelques praticiens ont dit que, pour pouvoir combattre et guérir l'uréthrite blennorragique avec sûreté, il fallait être à même de diagnostiquer la maladie exactement à l'aide de l'endoscope. Dans certains cas spéciaux, l'endoscopie a, en effet, rendu des services, mais plutôt au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement ; mais il faut se garder de trop s'enthousiasmer pour cette méthode, d'en vouloir faire une panacée et de l'employer dans tous les cas d'uréthrite chronique. Tel praticien ne permet l'endoscopie que chez les malades qui, déjà auparavant, avaient été traités par les bougies métalliques ordinaires et dont le canal, par

conséquent, était habitué à ce genre d'irritation. Tel autre n'a recours à l'endoscope que dans les cas d'uréthrite s'écartant du type ordinaire.

On admet qu'environ la moitié des cas d'uréthrite acquise passent à l'état chronique. La plupart de celles-ci peuvent être guéries par un traitement judicieusement institué. D'autres cas, quoiqu'ils soient souvent très tenaces, guériront si médecin et malade ont la patience nécessaire, mais il y a des cas réfractaires qui reposent souvent sur des anomalies constitutionnelles.

Il y a des anomalies constitutionnelles telles que le paludisme, l'alcoolisme, la scrofulose, la syphilis qui aggravent le pronostic de la gonorrhée chronique.

En résumé, la gonorrhée dans les deux sexes est une maladie grave et sérieuse qui mérite moins d'indifférence de la part du malade et plus d'intérêt de la part du médecin. L'uréthrite aiguë guérit dans un grand nombre de cas, sans laisser aucune trace.

Dans d'autres cas, le gonocoque envahit, sans qu'on puisse l'en empêcher, l'urèthre postérieur, les vésicules séminales, la prostate, l'épididyme. Ne possédant aucun moyen direct capable de le déloger de ces organes, le traitement devient plus long et plus difficile. Certains cas sont incurables. De grands progrès ont été réalisés dans la pathologie de la gonorrhée : sa thérapeutique, au contraire, n'a pas marché et le traitement de la chaude-pisse, non pas malgré — mais à cause des innombrables moyens et méthodes de traitement, est resté un des chapitres les plus ingrats de la pathologie entière.

E. Vogt.

Traitement de la tuberculose du testicule par la castration précoce et par l'ablation totale des voies génitales, par R. Baudet. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 18 février 1900). — Beaucoup de praticiens préconisent le traitement de la tuberculose du testicule par la castration, étant d'avis que ce traitement est expéditif, met à l'abri des complications, prévient l'extension de la tuberculose, fait rétrocéder celle-ci, etc.

La castration est en effet une opération rapide, facile et sans danger, surtout si on la considère au point de vue de l'acte opératoire.

Dans les formes habituelles que le praticien est appelé à traiter, deux cas se présentent : la tuberculose génitale est unilatérale ou bilatérale, dans ce dernier cas, tous les chirurgiens reculent devant la castration double. Lorsque la lésion n'existe que d'un côté, les curettages méthodiques, les éradications au bistouri peuvent supprimer tous les foyers testiculaires et épididymaires sans qu'il soit nécessaire de supprimer tout l'organe. On a objecté que le traitement était insuffisant, les récidives se produisant fréquemment. Il ne faut pas incriminer la méthode, mais la diffusion des lésions tuberculeuses que la clinique ne prévoit pas toujours et contre lesquelles la castration même reste impuissante. La castration qui ne supprime pas tout le mal ne saurait être une opération radicale.

L'opération radicale ne prévient pas toujours les complications pulmonaires et méningées, la phtisie aiguë et la méningite. Plusieurs malades ont succombé à la castration. Certains auteurs pensent que l'opération sanglante prédispose à ces accidents, que le malade est plus exposé lorsqu'il existe de l'hydrocèle et que le liquide se répand dans la plaie.

La castration ne prévient pas toujours la propagation de la tuberculose à l'autre testicule. C'est qu'en effet, les lésions de la glande qui reste peuvent être si avancées et si étendues que le chirurgien soit obligé de supprimer l'organe pour sauver le malade.

La castration précoce ne fait pas toujours rétrocéder les lésions vésiculo-prostatiques. On a rencontré un cas dans lequel les lésions prostatiques s'étaient accrues après l'opération ; par contre le traitement médical les fit rétrocéder. Dans un autre cas, le malade paraissait guéri de sa tuberculose prostatique, mais dans la suite le mal redevint plus intense.

Ces faits, cependant, ne ruinent pas les observations faites jusqu'ici, car, dans bien des cas, les tuberculoses vésiculaire et prostatique subissent une heureuse influence.

Mais cette heureuse influence qui s'exerce ainsi à distance sur les vésicules et la prostate n'est pas le privilège exclusif de la castration. Les traitements conservateurs la réalisent et cela par les mêmes moyens.

Il ressort de ce qui précède que la castration, même précoce, ne peut être regardée comme une opération radicale. Elle ne coupe pas au-dessus du mal; elle laisse subsister le long du canal déférent, dans la prostate et les vésicules, des foyers tuberculeux dont l'évolution ultérieure est incertaine. Elle ne prévient pas toujours, et mieux que toute autre intervention, la généralisation viscérale, la récidive dans l'autre testicule, ni même la récidive sur place. De plus, elle offre l'inconvénient sérieux de supprimer un testicule sans assurer la sauvegarde du second et expose à la perte complète de la virilité.

M. Roux, pour prévenir les récidives locales qui peuvent se produire après la castration, a

pratiqué l'ablation des voies génitales et du testicule. Cette opération n'offre que très peu de dangers, mais les suites opératoires ne sont pas toujours excellentes; il peut se produire des fistules, des granulations au périnée, la plaie se cicatrisera mal, etc.

Toutes ces complications post-opératoires montrent que l'opération, suivant la méthode de Roux, n'est pas absolument radicale et qu'il est prudent de faire quelque réserve touchant la récidive.

Le nid de la tuberculose génitale n'est pas dans le testicule, mais dans la vésicule et la prostate. C'est de là que l'infection diffuse pour s'étendre aux canaux déférents et aux épididymes. Elle s'y installe insidieusement, et quand on enlève la vésicule, il est trop tard, le mal est plus loin.

La tuberculose testiculo-épididymaire est presque toujours bilatérale, ce qui s'explique facilement si l'on admet que le point de départ de cette infection double des voies génitales se localise primitivement à leur double carrefour commun, c'est-à-dire dans la région vésiculo-prostatique.

La tuberculose vésiculo-prostatique est constante au cours de la tuberculose du testicule.

L'expérience démontre que le bacille de Koch peut suivre une voie ascendante et remonter le cours du sperme.

L'auteur cite deux cas opérés par lui où il existait à la jonction des canaux éjaculateurs dans la prostrate, un petit foyer tuberculeux gros comme un pois : il fut excisé. Dans le premier cas l'ablation des voies génitales fut simplement unilatérale : quelques mois après, un noyau tuberculeux se déclarait dans l'épididyme du côté opposé. Le noyau fut enlevé, la guérison se maintint. Dans le second cas l'auteur fit plus que n'exige la méthode Roux : il enleva le parti pris la vésicule et l'extrémité correspondante du canal déférent de l'autre côté, quoique ces organes parussent sains. Il n'y a pas eu de récidive locale, ni de récidive dans l'autre testicule, et cela depuis deux ans.

La tuberculose peut s'arrêter un certain temps à la portion vésiculaire du déférent avant de remonter à l'épididyme, car lorsque la vésicule est malade, l'ampoule déférentielle l'est aussi et ses lésions sont très accusées. C'est un terrain suspect trop favorable à l'infection pour qu'on le conserve.

C'est pourquoi l'auteur propose de joindre à l'opération de Roux, l'ablation de la vésicule et de la partie contiguë du canal déférent de l'autre côté, même si ces organes paraissent sains. D'abord parce qu'il faut couper la route à l'infection, alors même qu'on la coupe au sperme. Enfin parce qu'on ignore si les organes sains en apparence le sont en réalité.

L'auteur ne croit pas cependant que l'opération de Roux, typique ou modifiée, trouve beaucoup d'indications. Il faut éviter de la faire d'une façon trop hâtive, car dans bien des cas les traitements conservateurs font aussi bien. Si la tuberculose périnéale continue son évolution, ou bien si les altérations vésiculo-prostatiques sont d'emblée très graves, dans ces deux cas seulement, on fera l'ablation totale des voies génitales.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité

à l'hôpital de la Charité

Traitement des fistules génitales chez la femme (*C. R. du VIIe Congrès russe, tenu à Kazan*, novembre 1899) par J.-A. Kentzevitch. — L'auteur traite depuis quelques années les fistules génitales par le procédé du dédoublement, car les procédés ordinaires sont insuffisants pour l'avivement des fistules. Il n'a pas pratiqué la suture primitive de la vessie, attendant les indications ultérieures. Actuellement l'auteur fait toujours la suture profonde.

La technique est la suivante : la malade étant mise dans le décubitus dorso-sacré, on dilate la périphérie de la fistule par un spéculum à valves ou par une pince tire-balle. Le dédoublement se fait sur la limite de la muqueuse vaginale et celle de la vessie, en commençant par les parties inférieures de la fistule. Si les bords de la fistule siègent sur la portion vaginale du col, sur une ulcération de la lèvre antérieure ou s'ils s'ouvrent dans le canal du col, l'incision est aussi menée sur les limites des deux muqueuses (vésicale et de la portion vaginale du col ou du canal cervical). L'extrémité opposée de la fistule est dédoublée. La vessie est suturée, la lèvre ulcérée est restaurée, le vagin est rapproché de l'utérus par des points de suture. En cas de fistules cervicales, l'incision primitive entr'ouvre d'abord le cul-de-sac. La vessie est décollée en partie à l'aide d'un instrument mousse et en partie à l'aide d'un bistouri ; on ferme séparément la fistule vésicale et la fistule cervicale et on suture le cul-de-sac incisé. Tamponnement vaginal et sonde à demeure. Ablation des points de suture au bout de huit ou

neuf jours. En cas de nécessité, on recommence l'opération au bout de quinze à vingt-et-un jours.

Des 33 cas opérés dans les derniers temps, il s'agissait dans 32 de fistules post-puerpérales, dans 3 cas elles sont survenues après le typhus, après l'opération de vaginofixation et après le port d'un pessaire durant sept ans. Résultats : des 32 fistules post-puerpérales, 29 ont guéri, chez 3 de petits pertuis sont restés : urétro-vésical et recto-vaginal chez l'une des malades, vésico-vaginales chez les deux autres. Dans 24 cas, il s'agissait de fistules vésico-vaginales; dans 3 cas, de fistules urétrales, vésicales et rectales, dans 2, de fistules profondes vésico-utéro-vaginales, dans 1 cas, de fistule vésico-cervicale.

L'opération a été faite dans 17 cas une fois ; deux fois dans 3 cas ; trois fois dans 6 cas ; cinq fois dans 2 cas; et six fois dans 1 cas.

R. Blondel.

Nouveau procédé d'énucléation de tumeur des ligaments larges par V.-A. Pétrow, (*La Gynécologie* février 1900, d'après le *Wratsch*).— L'auteur décrit une nouvelle méthode pour les opérations sur les ligaments larges en cas de tumeurs molles ou solides, dont il s'est servi deux fois avec succès.

Après l'incision du péritoine, c'est-à-dire du feuillet du ligament large qui recouvre la tumeur, l'incision étant faite de dedans en dehors, en allant de l'utérus, l'auteur a énucléé complètement le néoplasme. Dans les deux cas que l'auteur a opérés, il a facilement réussi à séparer le feuillet antérieur du péritoine ; quant au feuillet postérieur il était si mince qu'il s'en allait avec la tumeur. La plaie étant trop vaste et profonde, et, par conséquent, difficile à suturer, M. Pétrow fit une incision transversale du cul-de-sac derrière le feuillet postérieur du ligament large, c'est-à-dire dans la partie antérieure du cul-de-sac de Douglas. Puis il coupa avec des ciseaux les lambeaux du feuillet postérieur qui restaient, et, ayant saisi dans une ligature le feuillet antérieur, il l'introduisit dans le vagin, à travers l'incision, dans le cul-de-sac de Douglas. De cette façon toute la surface lésée (à partir du bord sectionné du feuillet postérieur) et toute la surface dénudée de la face interne du feuillet antérieur se trouvaient fermées. Le feuillet du ligament large, introduit dans le vagin, a été réuni dans le vagin par une suture avec l'incision du cul-de-sac, pour qu'il ne puisse pas s'échapper en haut, et rendre moins complète la fermeture des surfaces lésées cachées dans la cavité abdominale. Ce feuillet s'est raccourci suffisamment au bout de quelques jours, et il n'y eut pas lieu de recourir à un raccourcissement plus considérable.

Les avantages de ce procédé sont les suivants : 1° Les organes mobiles sont garantis contre les adhérences, car le champ opératoire tout entier est tapissé du par péritoine intact ; 2° La plaie abdominale est rapidement fermée; 3° Les suppurations qui peuvent avoir lieu seront extrapéritonéales et accessibles à travers le vagin. 4° L'opération et les soins post-opératoires se simplifient et durent moins longtemps.

L'auteur a eu l'occasion de revoir une de ces deux malades deux ans après l'opération: elle ne présentait aucun symptôme subjectif ni objectif.

R. Blondel.

Des résultats de la méthode l'Apostoli dans le traitement des fibrômes utérins par A. Laquerrière (*Bulletin d'Electrothérapie*, janvier 1900). — L'auteur présente une observation sur l'influence de la galvano-caustie, dans le traitement des fibrômes, au point de vue anatomique et au point de vue symptomatique.

A) *Résultats anatomiques.*

1° Il est rare qu'un fibrôme régulièrement traité et avec des intensités suffisantes continue à s'accroître. L'arrêt immédiat du développement de la tumeur s'observe dans une proportion de 70 0/0.

Dans les 30 0/0 restants, une deuxième et même parfois une troisième série d'interventions galvaniques amènent le plus souvent l'arrêt de l'accroissement.

2° On peut parfois constater une diminution de volume.

Cette diminution n'aboutit cependant jamais, ou presque jamais à une disparition totale.

3° Dans une proportion de 70 0/0, on observe une mobilisation plus grande de l'utérus et du fibrôme.

C'est là un des grands avantages de la méthode, car cette mobilisation peut faciliter une opération chirurgicale ultérieure si celle-ci devenait nécessaire à un moment donné.

4° La tendance naturelle du muscle utérin à expulser hors de son sein tout corps étranger néoplasique est manifestement aidée et accélérée par le traitement électrique ; aussi détermine-t-on fréquemment par les applications galvaniques la formation, soit de polypes intra-utérins, soit de fibrômes sous-péritonéaux.

Sous l'influence de ce traitement, le travail d'expulsion d'un polype paraît souvent plus rapide, mais il faut savoir cependant que les accidents du sphacèle semblent plus fréquents lorsqu'on prolonge cette médication que lorsqu'on laisse l'affection évoluer d'elle-même.

B) *Résultats symptomatiques.*

Les résultats symptomatiques sont plus marqués que les résultats anatomiques,

1° C'est tout d'abord l'hémorragie qui est le plus souvent arrêtée, dans la proportion de 80 à 90 0/0.

On ne peut pas préciser dans combien de temps l'arrêt de l'écoulement sanguin se produira. En général, quand l'hystométrie est facile, et que la malade supporte bien le courant, on observe une diminution ou une disparition de l'écoulement sanguin dès les premières séances.

La tendance aux métro et ménorrhagies s'atténue progressivement et lorsque le traitement est continué les règles se rapprochent de plus en plus de leur type normal.

2° Les douleurs menstruelles ou intermenstruelles s'atténuent ou disparaissent dans 70 0/0 des cas.

3° L'influence sur la leucorrhée est difficile à déterminer exactement.

Dans la majorité des cas cependant, au bout d'un certain nombre de séances la leucorrhée diminue ou disparait.

Parfois elle ne s'arrête que, lorsque le traitement étant déterminé, il n'y a plus d'irritation de la muqueuse.

Enfin, dans une certaine proportion d'observations, la méthode subit dans ce cas un échec manifeste.

4° On constate, sous l'influence du traitement électrique dirigé contre le fibrôme, un relèvement de l'état général dans 70 0/0 des cas environ.

5° Dans un certain nombre de cas on a observé la disparition de la constipation et des troubles urinaires.

Causes des insuccès. — En dehors des cas où le traitement n'aurait pas dû être employé, il peut arriver que la méthode ne procure pas d'amélioration suffisante. Les insuccès peuvent tenir au médecin ou à la malade :

1° Le médecin ne devra pas être trop timide s'il veut obtenir un effet thérapeutique rapide.

2° Il ne faut pas faire de séances trop rapprochées ou trop longues, les congestions réitérées produites par chacune d'elles pouvant entraîner une inflammation utérine ou périutérine supplémentaire,

3° Il faut s'assurer que l'hystérométrie a été bien faite, lorsqu'une endométrite hémorragique accompagne le fibrôme ; ce n'est en effet qu'au prix d'une cautérisation aussi étendue que possible de la muqueuse qu'on arrêtera le sang.

Il arrive parfois que par suite, soit d'atrésie, soit de courbure dans la direction du canal utérin l'hystéromètre n'atteint qu'une portion de ce canal ; il arrive également que la cavité étant augmentée de diamètre, l'électrode touche seulement une des parois.

4° Il faut faire toujours toutes les manœuvres opératoires avec la plus grande douceur, tout traumatisme de la muqueuse pouvant annihiler les effets salutaires du traitement, au moins momentanément.

5° Il faut savoir persévérer, surtout au début, sans se décourager, car les premières séances ne peuvent souvent être faites à doses assez fortes et souvent l'hystéromètre ne peut être introduit suffisamment loin.

En ce qui concerne la malade, les insuccès peuvent venir en ce qu'elle n'observe pas les recommandations suivantes :

a) S'abstenir de rapports sexuels. Cette prescription devrait être suivie pendant toute la durée du traitement, mais elle est rigoureusement obligatoire le jour même et lendemain de chaque séance ;

b) Se reposer au moins deux heures, étendue, après chaque traitement, et ne regagner son domicile que quand la réaction douloureuse de l'opération est calmée ;

c) Eviter les excès de fatigue, surtout au cours du traitement ;

d) Une autre cause d'échec provenant de la malade est l'intolérance hystérique. Certaines malades ne peuvent jamais s'accoutumer aux séances galvano-caustiques.

Enfin il est des femmes qui, pour différentes raisons, ne se soumettent jamais au traitement d'une façon suivie et régulière.

Résultats éloignés. — D'une façon générale, la plupart des observations permettent d'admettre que les résultats obtenus sont particulièrement durables et qu'il est rare de voir des récidives se produire.

L'on ne saurait admettre par conséquent l'opinion assez répandue, que le traitement électrique doit être laissé de côté chez les femmes jeunes et n'est qu'un palliatif destiné à faire franchir aux malades les derniers mois qui les séparent d'une ménopause prochaine.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève

Des produits solubles du champignon parasite du cancer humain et du nectria ditissima parasite du cancer des arbres. Action physiologique et thérapeutique de la nectrianine, par MM. Bra et Mongour (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 février 1900). — Les auteurs étant arrivés à isoler et à cultiver régulièrement le *nectria ditissima* parasite du chancre des arbres,

ont analysé l'action des produits solubles de cet organisme. Cette action s'est montrée plus puissante encore que celle des produits solubles retirés des cultures du champignon du cancer humain.

La *nectrianine* se présente sous la forme d'un liquide de couleur jaune brun. Injectée par voie sous-cutanée à des individus porteurs de tumeurs cancéreuses, elle élève la température d'un à trois degrés au bout de deux, trois ou quatre heures. A doses élevées, cette hyperthermie s'accompagne de frissons, de sensation du froid, de battements cardiaques, etc.

La crise se termine au bout de quelques heures par des sueurs, de la polyurie, un profond sommeil.

La nectrianine paraît aussi douée de propriétés vaccinales.

Les auteurs ont étudié l'action thérapeutique de cette substance sur des cancers inopérables primitivement, ou chez des malades chez lesquels on était déjà intervenu par des opérations palliatives, suivies de récidives inopérables.

Les observations se répartissent de la manière suivante : 14 malades atteintes de carcinome utérin, 1 malade atteint d'épithélioma de la face, un cancer de l'estomac.

Toutes les malades atteintes de carcinomes utérins présentaient des hémorragies abondantes et les pertes caractéristiques de l'affection.

Les premiers essais thérapeutiques ont été suivis, dans tous ces cas, de la disparition des métrorrhagies.

Cette disparition absolue de la métrorrhagie fut également obtenue dans un cas de fibrôme utérin.

La même influence favorable a été obtenue pour les pertes fétides, qui disparaissaient après la quatrième injection.

Les douleurs ont été calmées avec une rapidité extrême permettant, au bout de huit jours, de supprimer l'usage de la morphine.

Mais ces résultats, localement si favorables, n'ont amené chez aucune malade une amélioration de l'état général. Celles qui avaient suivi le traitement en pleine cachexie ont continué à s'amaigrir, à perdre leurs forces et finalement à succomber à l'intoxication générale. Chez les autres, la situation s'est maintenue à peu près telle qu'au début, cependant avec une diminution de poids lente mais continue. Plusieurs malades se sont trouvées tellement améliorées qu'elles ont pu reprendre pendant quelque temps leurs occupations usuelles. Mais au bout d'un mois elles sont revenues se soumettre au traitement. L'amélioration acquise par les injections de nectrianine ne s'observe que tant qu'on poursuit le traitement, une interruption amène généralement non seulement un retour aux accidents, mais une aggravation des symptômes.

Cette médication a amené en outre un véritable arrêt dans l'évolution du néoplasme, la tumeur devenait dure, parfois presque ligneuse : dans certains cas, les auteurs ont observé une tendance très nette à l'épidermisation des surfaces saignantes et la disparition des anfractuosités ; mais dans aucun cas on n'a pu observer la régression vraie de la tumeur.

Ces modifications locales ont été surtout faciles à étudier chez un malade atteint d'épithélioma de la face. Cet homme, âgé de 65 ans, portait une tumeur cancéreuse au niveau de la région orbitaire externe droite, tumeur adhérente aux os, inopérable et recouvrant en partie l'œil du même côté. Des injections furent administrées pendant quinze jours, à la dose de 4 cc.

Le premier résultat des injections fut d'amener une disparition à peu près complète des hémorragies dont souffrait ce malade ; le suintement ichoreux devint insignifiant et l'on constata une épidermisation absolument nette, surtout au niveau des parties latérales de la tumeur qui, prenant une forme régulièrement arrondie, ne présentait plus d'anfractuosités. Il y eut même une régression évidente.

Pendant une quinzaine de jours, le sérum fit défaut ; la tumeur prit alors un accroissement rapide, les hémorragies reprirent ; en un mot, une aggravation très nette se produisit. La toxinothérapie fut reprise et amena une amélioration, mais la régression, à l'origine si manifeste, ne s'observa plus et le malade trouvant son amélioration insuffisante cessa le traitement. Ces modifications sont en tous points semblables à celles qu'ont présentées les malades atteintes du cancer utérin.

Deux malades présentant un néoplasme stomacal diffus, ont été traitées ; les troubles digestifs consistaient en inappétence et dégoût surtout prononcé pour les viandes et les graisses.

Chez ces deux malades, le traitement mycothérapique a été suivi régulièrement pendant plus de deux mois. Il n'y a pas eu reproduction d'hématémèse, l'appétit s'est relevé, la tumeur épigastrique a nettement diminué de volume, les malades ont pu reprendre leurs occupations, mais il n'a pas été constaté d'augmentation de poids, celui-ci chez l'une, est resté stationnaire ; chez l'autre il a diminué de 500 grammes.

Il ressort de ce qui précède que si la nectrianine ne constitue pas le remède spécifique du cancer elle exerce, du moins sur l'état local, une influence heureuse ; on peut sans danger l'employer seule dans les cas inopérables, ou l'utiliser comme adjuvant dans les cas justiciables de l'intervention chirurgicale.

E. Vogt.

La basicine, préparation très soluble à base de quinine et de caféine (*Deutsche med. Wochenschrift* 22 mars 1900). — Kreidmann a étudié une combinaison d'environ deux parties de quinine pour une de caféine, auquel il a donné le nom de *basicine*. En se servant de basicine comme base, on peut obtenir une série de mélanges fort intéressants avec les alcaloïdes usuels. La formule suivante :

Sulfate d'atropine	0.0025
Basicine.....	5
Eau distillée.....	10

rendra des services, en injections sous-cutanées, dans la diphtérie des jeunes enfants.

La basicine peut être utilisée aussi en pommade :

Basicine.....	5
Chloroforme.	37.5
Alcool.....	12.5
Huile d'olives	45

Usage externe.

La solution contenant de l'atropine peut entièrement remplacer, au point de vue thérapeutique, la classique injection de morphine en injection sous-cutanée.

Les points de fusion démontrent que la basicine constitue bien une combinaison : elle fond vers 125°, tandis que la quinine fond à 198°, la caféine vers 225°.

Les doses de basicine sont plus faibles que celles de ses composants : 0,3 correspond à 1 gramme de quinine et à 0,8 de caféine.

E. Vogt.

Etude sur le Kô-Sam, par M. Mougeot (*Union médicale du Nord-Est*, 15 mars 1900). — L'auteur signale à l'attention du monde médical, les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du Kô-Sam dans le traitement de la dysenterie en particulier.

Le Kô-Sam est une petite graine oléagineuse, employée par les Chinois et les Annamites contre les hémorragies et surtout contre les métrorrhagies. L'auteur n'a pu se procurer aucun renseignement sur la plante qui produit cette graine, ni sur le pays où on la récolte.

La première malade, traitée par l'auteur, était une Annamite, atteinte de métrorrhagie compliquée d'une dysenterie assez grave. Les résultats rapides obtenus par cette médication suggérèrent à l'auteur l'idée de tenter l'expérience sur un cas de dysenterie sans mélange ni complication.

L'expérience fut suivie d'un succès rapide et inespéré ; le malade guérit en trois jours.

A partir de ce moment, tous les dysentériques qui se présentèrent, furent traités au Kô-Sam ; en trois mois, 19 cas furent traités avec un réel succès. L'auteur, qui jusqu'ici n'avait soigné que des indigènes, se décida alors à expérimenter la médication sur les Européens.

Deux enfants atteints d'entérite dysentériforme avec selles fréquentes, glaireuses et sanguinolentes, soignés par lui pendant quatre mois avec des mieux momentanés suivis de rechutes, furent soumis au traitement du Kô-Sam et guérirent radicalement en huit jours.

Depuis cette époque, l'auteur a donné le Kô-Sam à tous ses dysentériques et les résultats ont, sauf pour quelques exceptions, toujours couronné ses efforts ; la plupart des malades ont été guéris dans une période de trois à six jours.

Suivant la méthode de quelques médecins chinois et annamites, l'auteur employa la graine décortiquée, crue et pilée. Pour recueillir l'huile essentielle de cette graine oléagineuse on fait piler l'amande dans de la mie de pain dont on fait des boulettes de la grosseur admise par le malade.

Pour les enfants, la dose de 5 graines pour le premier jour et de 6 graines pour les deux ou trois jours suivants est suffisante : pour les adultes, on pourra en donner 10 le premier jour et 12 les jours suivants. Des doses de 20 à 25 graines peuvent provoquer de la congestion cérébrale.

Des vomissements peuvent se produire : malgré cela, à moins d'une susceptibilité particulière, les malades peuvent reprendre la même dose dans la journée, et immédiatement après le vomissement, en ayant la précaution de mettre un cataplasme chaud sur l'épigastre. Ces cas sont rares.

Une bonne méthode, est de faire prendre le Kô-Sam de grand matin, vers 4 ou 5 heures, avec une gorgée de lait ou de thé par dessus, et une heure de sommeil ou de repos horizontal.

L'administration du Kô-Sam n'exige aucun changement particulier dans le régime.

Il est défendu, en sa qualité d'hémostatique, à moins d'indications spéciales, pendant la période cataméniale.

Les Chinois et les Annamites considèrent cette graine comme un poison dangereux : l'auteur ignore toutefois, à quelle dose et à quelles conditions des accidents peuvent se produire et quels sont les symptômes de cette intoxication. Il a constaté de la congestion cérébrale chez des malades indigènes qui avaient pris plus que la dose prescrite.

Les Chinois emploient cette graine comme hémostatique, c'est donc de ce côté que l'on pourrait se livrer à des études et à des observations intéressantes.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ACNÉS

II. Traitement local :

Indications générales.

A la phase initiale de toutes les acnés existe un processus séborrhéïque qu'il faut combattre par des lavages et le savonnage de la peau :

Lavages avec des *solutions alcalines* tièdes, soit avec de l'eau de son très chaude additionnée de bicarbonate de soude (0 gr. 50 à 1 gr. 0/0) ou de borate de soude de (1 à 2 0/0) soit avec de l'eau additionnée d'une ou deux cuillerées à soupe du mélange suivant :

Acide borique.....	200 grammes
Borate de soude.. .. } Bicarbonate de soude }	àà 100 grammes

(Brocq)

Quand la séborrhée est très intense, employer un *liquide alcoolisé* (qui dissout facilement la graisse) ; on se sert habituellement d'eau additionnée d'eau de Cologne, de teinture de benjoin, d'alcool camphré, etc. On peut même utiliser l'éther sulfurique dont on imbibe des tampons de coton hydrophile.

On peut combiner les lavages avec les *savonnages* ; aux savons du commerce souvent irritants, il convient de substituer les savons médicamenteux au goudron, au naphtol, à l'ichthyol, etc. Le savon mou de potasse est plus irritant.

L'eau employée pour les lavages doit toujours être très *chaude*, l'eau chaude ayant la propriété de décongestionner les téguments : on prolongera l'application de l'eau chaude en maintenant les tampons d'ouate sur les surfaces atteintes d'acné aussi longtemps que possible et en les imbibant de nouveau dès que l'eau se refroidit.

Quant à la mousse de savon on doit la laisser sur les téguments un temps variable (une demi-heure à plusieurs heures, suivant la sensibilité des téguments).

Si le savonnage détermine l'irritation de la peau il faut en suspendre l'emploi et calmer l'irritation par les *cataplasmes de fécule*, les *pulvérisations*, la *pommade à l'oxyde de zinc*.

Les lotions au sublimé, assez souvent employées, ne sont cependant pas recommandables.

(Brocq)

Le traitement de la séborrhée est complété par l'emploi du *soufre*.

On prescrit le soufre en pommades ou en lotions. La pommade soufrée est au 10e, on l'emploie pure ou additionnée d'acide salicylique (1 p. 50 d'excipient). La pommade s'applique le soir, tous les jours, ou bien un jour sur deux, en cas d'irritation ; dans ce dernier cas on la fait alterner avec une pommade à l'oxyde de zinc.

La lotion soufrée est préférable à la pommade.

Soufre précipité et lavé.....	15 à 20 grammes
Glycérine.....	20 —
Alcool camphré,..	30 —
Eau de roses.....	50 —

Elle s'applique le soir (comme la pommade) à l'aide d'un pinceau ; il faut avoir soin d'agiter le liquide pour que le soufre se suspende. On continue l'application pendant quelques jours puis on le suspend pendant deux ou trois jours et on la remplace alors par la pommade à l'oxyde de zinc.

La lotion peut déterminer une irritation intense chez les femmes à peau fine.

Au soufre on peut substituer l'*ichthyol* ou sulfo-ichthyolate d'ammoniaque qui est très riche en soufre, l'ichthyol s'emploie également en pommade et en lotion :

a)	Ichthyol.....	5 grammes
	Vaseline.....	50 —
	Essence de bergamote.....	II gouttes
b)	Ichthyol.....	25 gr.
	Alcool à 90°..... } Ether sulfurique... }	àà 30 gr.

Traitement local de l'acné comedon ;

Lotions alcoolisées, savonnages avec le *savon de goudron*, le *savon salicyle*, le *savon soufré*.

Applications de savon noir et de soufre mélangés à parties égales (sur un morceau de flanelle on étale le mélange auquel on donne une consistance de pâte par l'addition d'un peu d'alcool). Ce mélange doit être laissé appliqué un temps variable suivant la tolérance des téguments.

Le traitement doit le plus souvent être complété par l'*expulsion mécanique des comedons* au moyen de la pression des doigts, d'une clef de

montre ou même d'instruments spéciaux.

Après l'extraction du comédon, lotion à l'eau chaude alcalinisée ou alcoolisée (eau de Cologne alcool saturé d'acide borique ou de salol).

Traitement local de l'acné pustuleuse :

Avant tout traitement calmer, s'il y a lieu, l'irritation des téguments spontanée ou provoquée par des topiques, au moyen de pulvérisations, de cataplasmes de fécule appliqués froids.

Ensuite traitement par les lotions chaudes, le soufre (voir plus haut). Pour rendre le soufre moins irritant on peut lui associer l'oxyde de zinc au début.

Si les téguments peu irritables, résistent au traitement on peut avoir recours au mélange de Laviler :

Savon noir.....		
Soufre précipité...	ãã	25 grammes
Huile de cade.....		

ou à la pommade suivante :

Naphtol B.....		
Camphre.....	ãã	5 grammes
Résorcine.....		
Soufre précipité.....		15 grammes
Savon noir.....		7 gr. 50
Craie préparée.....		2 gr. 50
Vaseline.....	ãã	10 grammes
Lanoline.....		

(Brocq)

Le traitement sera complété par l'*ouverture des pustules* avec une pointe fine de galvanocautère, après quoi on touchera la pustule avec l'alcool camphré.

Traitement local de l'acné rosée.

Lotions chaudes alcalines ou d'eau alcoolisée ; badigeonnages à l'ichthyol, mais surtout traitement chirurgical par la cautérisation ignée et les *scarifications* ; après les scarifications, *lotions de sublimé*. Plus tard, pulvérisations d'eau sulfureuses,

Traitement local de l'acné nécrotique.

Pommades soufrées ; *cautérisations ignées.* Dans l'intervalle, savonnages avec les savons au goudron, au naphtol suivis de lavages avec une solution de sublimé.

Traitement local de l'acné hypertrophique.

Lotions soufrées, cautérisations ; dans certains cas (acné du nez), *décortication.*

Traitement local de l'acné chéloïdienne.

Lavages au sublimé ; savonnages avec les *savons au goudron, au naphtol, au soufre, badigeonnages à la teinture d'iode, douches sulfureuses chaudes.*

Applications d'*emplâtre de Vigo*, d'*emplâtre rouge de Vidal*, d'*emplâtre à la résorcine* alternant avec celui des scarifications. (Vidal).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Influence de la station prolongée sur la production des maladies des femmes, (in *La Gynécologie*). — A propos d'un projet de loi destiné à permettre l'usage d'un siège aux demoiselles de magasin, Stuart Nairne avait été consulté sur l'influence que pouvait avoir la station prolongée sur la santé des femmes au point de vue particulier des organes génitaux. Il n'hésita pas à répondre que cette station prolongée était certainement mauvaise et produisit, à l'appui de son opinion, une statistique basée sur cent cas pris par ordre alphabétique dans les notes de consultation de « Fra Samaritan Hospital ». Cette statistique est relevée en trois tableaux que l'auteur analyse de la façon suivante :

a) 7 0/0 seulement des demoiselles de magasin venues à la consultation n'étaient pas mariées.

b) 40 0/0 des femmes mariées qui ont été employées dans des magasins sont venues à la consultation à une période très rapprochée de leur mariage, la plupart avant l'âge de 30 ans.

c) Sur les 7 0/0 de filles non mariées, 3 avaient des maladies gynécologiques, ainsi que 27 des 40 femmes mariées. Ainsi :

d) 30 0/0 des femmes qui sont ou ont été demoiselles de magasin souffrent de ces maladies spéciales.

e) On peut s'étonner, au premier abord, de trouver à la consultation si peu de filles et tant de femmes mariées. Cela tient à ce que les filles en place sont occupées du matin au soir ; elles sont jaunes et n'ont pas épuisé toute leur énergie ; elles ont peu de temps pour se reposer et pas du tout pour se plaindre. Leurs parents aussi bien que leurs patrons n'ont pas l'attention attirée sur les premiers symptômes de fatigue et de surmenage. Les filles elles-mêmes sont acharnées à leur travail ; elles aiment à paraître fortes : la vie s'ouvre devant elles d'autant plus

belle qu'elles sont ou paraissent bien portantes. Elles ont bien plus de chance de trouver un parti avantageux si elles sont fortes et elles vont toujours. Sur les malheureuses qui n'en peuvent plus 3 0/0 viennent chercher un avis.

f) Quand aux 40 autres 0/0, la proportion alarmante de 27 atteintes du côté de l'utérus ou des ovaires montre que ce ne sont pas là des maladies accidentelles, mais qu'elles sont une conséquence régulière et fréquente de quelque condition inhérente au travail quotidien. Une de ces conditions les plus certaines est la longue période de temps pendant laquelle ces femmes restent debout ou piétinent sur place.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Vient de paraître : t. VIII. *Maladies du pancréas, de la rate, du foie et des voies biliaires, de l'anus et du rectum, des reins.* 1 vol. in-8 de 972 pages avec 123 figures, 12 fr., librairie J.-B. Baillière et fils.

Le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, puplié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le *septième volume*, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'on précédé; il est difficile de trouver une série d'articles mieux traités.

M. Villar, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, traite en 140 pages des *maladies chirurgicales du mésentère, du pancréas et de la rate*. La chirurgie du pancréas est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne : la sécurité que donnent l'asepsie et le perfectionnement de la tecnique opératoire, permettent d'exécuter des opérations jugées naguère impraticables.

M. J.-L. Faure, professer agrégé à la Faculté de médecine de Paris, s'est chargé des *Maladies du foie et des voies biliaires* (240 p.). S'il y a un certain nombre de maladies du foie qui sont des affections essentiellement médicales, il en est d'autres qui sont du seul ressort de la chirurgie : tels sont les abcès et les kystes; d'autres siègent sur la limite de plus en plus incertaine, qui sépare la médecine de la chirurgie. M, Faure étudie successivement les lésions traumatiques, les lésions infectieuses, les lésions organiques, les lésions de nutrition, enfin les lésions par parasites ou microbes. Il termine son article par un chapitre sur les indications et la technique des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires.

M. Pierre Delbet a écrit une excellente monographie sur les *Maladies de l'anus et du rectum* (180 pages), divisé en six chapitres : malformations, traumatismes, inflammations, déplacements, hémorroïdes et tumeurs.

M. A. Guinard, chirurgien des hôpitaux de Paris, s'est chargé du chapitre : Anus contre nature et fistules stercorales.

Enfin le volume se termine par un véritable traité des *maladies des reins et de l'uretère*, d à la plume si autorisée de M. le professeur agrégé J. Albarran. Après une excellente introduction sur l'exploration du rein, l'auteur traite successivement des traumatismes, du rein mobile, des néoplasmes, des pyélo-néphrites, des périnéphrites, des rétentions rénales, des fistules de la tuberculose, de la lithiase et de l'anurie.

Un chapitre spécial est consacré aux opérations qui se pratiquent sur le rein. Le volume se termine par la chirurgie des uretères.

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans ce septième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

Nlle Imprimerie, F. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris, au cours de l'Exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections :

1re *Section*, — Président : M. André (de Toulouse) ; secrétaires : MM. Poitou-Duplessis et Ducor. — Des rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat : Des lois réglementant l'exercice de la médecine ; Les médecins et l'Assistance publique, etc., etc. ; Grandes Compagnies ; Sociétés d'exploitations industrielles, etc., etc.).

2e *Section*. — Président M Queirel (de Marseille) ; secrétaires : MM. Tapie et Doury. — Des rapports du médecin avec les individualités (Clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine).

3e *Section*, — Président : M. Lacassagne (de Lyon) ; secrétaires : MM. Dignat et Millon. — Des rapports du médecin avec ses confrères (Déontologie).

4e *Section*. — Président : M. Gross (de Nancy) ; secrétaires : MM. Cayla et Piot. — Des Œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les *Communications*, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon *avant le 1er juillet* 1900, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications qui seraient faites en toute autre langue que le français, devront être accompagnées d'un résumé de vingt lignes rédigées en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter sept *rapports* qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° *Des principes fondamentaux de la déontologie médicale* ; — Rapporteur : M. Grasset (de Montpellier) :

2° *De l'exercice illégal de la médecine* ; — Rapporteur : M. Descouts (de Paris) ;

3° *Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales* ; — Rapporteur : M. Lande (de Bordeaux) ;

4° *Des œuvres de défense professionnelle* ; — Rapporteur : M. Porson (de Nantes) ;

5° *Relations des médecins avec les mutualités* ; — Rapporteur : M. Cuylits (de Bruxelles) ;

6° *Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent* ; — Rapporteur : M. Pollak (de Vienne) :

7° *Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie* ; — Rapporteur : M. Jendrassik (de Budapest) ;

Les rapports imprimées en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. Masson, éditeur, 120, *boulevard Saint-Germain, Paris.*

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents, aux Congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard, ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhérent aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France,

Des Comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, particulièrement dans le courant des mois de novembre et de décembre 1899 et dans le courant de l'année 1900.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

BUREAU DU CONGRÈS

Président du Congrès, — M. L. Lereboullet, rue de Lille, 44, Paris.

Vice-Présidents du Congrès. — MM. Grasset, Montpelllier ; R. Jamin et Le Baron, Paris ; Porson Nantes.

Secrétaire général du Congrès, — M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Secrétaire général adjoint. — M. P. Gastou, Paris.

Trésorier général du Congrès. — M. P. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

SECTIONS : PREMIÈRE SECTION. — *Des rapports du médecin avec les collectivités* (Etat ou collectivités autres que l'Etat). *Président*. — M. André, Toulouse.

Secrétaires. — MM. Poiton-Duplessy et Ducor (1).

Rapport. — Relations des médecins avec les mutualités. — Rapporteur : M. Cuylits, Bruxelles,

Questions proposées pour être plus spécialement traitées, — I. Rapports avec l'Etat et les organismes dépendant directement de l'Etat.

1° Des lois réglementant l'exercice de la médecine ;

2° Les médecins et l'Assistance publique (hôpitaux, bureaux de bienfaisance, dispensaires, etc.) ;

3° La médecine sanitaire au point de vue économique ;

4° Les rapports des médecins avec l'autorité judiciaire, expertises, etc. Secret médical, etc.

II. Rapports avec les collectivités autres que l'Etat.

1° Grandes Compagnies : *a*) Compagnies d'assurances ; *b*) Compagnies industrielles ; Chemins de fer et transports maritimes. — Sociétés d'exploitations industrielles (mines, usines, etc.).

2° Sociétés de prévoyance et de secours mutuels ;

3° Œuvres de bienfaisance privées, etc.

DEUXIÈME SECTION. — *Des rapports du médecin avec les individualités*. — *Président* : M. Queirel, Marseille :

Secrétaires : MM. Tapie et Doury.

Rapport. — De l'exercice illégal de la médecine. — Rapporteur : M. Descouts, Paris.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — 1° Clients (honoraires, privilèges du médecin, etc.).

2° Auxiliaires du médecin : gardes-malades et infirmiers, bandagistes, fabricants d'appareils, etc.

3° Guérisseurs. — Répression de l'exercice illégal de la médecine, etc.

TROISIÈME SECTION. — *Des rapports du médecin avec ses confrères* (Déontologie médicale). *Président* : M. Lacassagne, Lyon.

Secrétaires : MM. Dignat et Millon.

Rapports. — 1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale. — Rapporteur : M. Grasset, Montpellier ;

2° Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent, — Rapporteur : M. Pollak, Vienne ;

3° Organisation de la Ligue des médecins de la Hongrie. — Rapporteur : M. Jendrassik, Budapest.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées, — Consultations. — Cliniques et institutions médicales. — Remplacements. — Cessions de clientèle. — Rapoorts entre les médecins de nationalités différentes. — Sociétés médicales professionnelles. — Ordres et Chambres de médecins ; etc.

QUATRIÈME SECTION. — *Des œuvres professionnelles de prévoyance de défense ou d'assistance médicale mutuelles*. — *Président* : M. Gross, Nancy.

Secrétaires : MM. Cayla et Piot.

Rapports. — 1° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicale. — Rapporteur : M. Lande, Bordeaux.

2° Des œuvres de défense professionnelle. — Rapporteur : M Porson, Nantes.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. Assurances en cas de maladie ou d'infirmités.

Caisse de retraites.

Secours aux veuves et aux orphelins, etc.

Syndicats.

1) Les membres dont les noms ne sont suivis d'aucune indication sont de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE ROLE DES ENGORGEMENTS DU FOIE DANS LA PRÉDISPOSITION A LA PHTISIE PULMONAIRE ET SECONDAIREMENT DANS SA MARCHE

PAR LE Dr GUERDER

La prophylaxie de la phtisie s'appuie sur deux bases : Le bacille et le terrain.

L'étude du bacille a fait d'immenses progrès, quoique sa découverte soit relativement récente. Elle a donné lieu à des règles prophylactiques très simples et très claires, qui pourront, lorsqu'on voudra les appliquer, produire les plus heureux résultats. Il n'en est pas de même encore du terrain, ou de l'état de prédisposition, expression vague, que le médecin comprend bien, mais qu'il lui serait impossible de définir nettement.

Il n'y a pas encore longtemps, qu'aux yeux des médecins, la prédisposition et l'hérédité, qui est une de ses formes, jouaient, dans le développement de la phtisie, un rôle prépondérant, et même unique. Pour beaucoup, aujourd'hui, les termes sont renversés ; la contagion seule jouerait un rôle. Cette opinion, trop exclusive, n'est pas soutenable.

La tuberculose est contagieuse, mais elle ne l'est pas comme les autres maladies contagieuses. La grande majorité résiste à cette contagion, tant que l'équilibre de la nutrition n'est pas atteint, mais tous peuvent la subir, à un moment donné, si cet équilibre est rompu.

Mais lors même que la contagion est réalisée, la lutte, si variée dans ses manifestations, que lui livre l'organisme, montre encore cette importance du terrain organique, ou de la nutrition.

Les causes du trouble nutritif, qui peut conduire à la phtisie, sont extrêmement complexes et variées ; mais si nous savons qu'il existe un trouble nutritif nous ignorons quelle est son essence.

M. le professeur Bouchard dit :

« Le trouble nutritif peut être passager ou permanent, créer une prédisposition tem-
« poraire ou permanente. Mais les causes prédisposantes dépendent toutes d'un change-
« ment dans le fonctionnement d'un organe ou de plusieurs organes, qui dépend lui-
« même d'nn changement dans la structure de l'organe, ou dans l'excitation nerveuse d
« cet organe, conséquence d'une altération anatomique. »

La question de la prédisposition se trouve ainsi plus limitée, plus nette et je crois qu'en examinant, suivant les conseils de M. Bouchard, les malades dans tous leurs organes et appareils, en analysant, en compulsant les observations, le médecin acquierra des notions étiologiques plus exactes, qui lui indiqueront une thérapeutique également plus précise, et partant plus efficace.

Un fait observé par nous, grâce aux hasards de la pratique, il y a environ douze ans, nous a conduit à nous demander si les engorgements du foie, nous disons engorgements pour ne pas préjuger de la lésion, ne pourraient pas, dans certains cas, jouer un rôle dans la prédisposition à la phtisie pulmonaire.

Depuis lors, notre attention a été vivement attirée sur ce point de vue et nous avons pu recueillir un assez grand nombre d'observations qui nous semblent venir à l'appui de cette manière de voir.

Voici cette première observation :

Observation I

Coliques hépatiques depuis deux ans, tuberculose pulmonaire depuis six mois. — Guérison.

Le 1er janvier 1888, je fus appelé auprès de Mme H. atteinte d'une violente crise de coliques hépatiques, crises auxquelles elle était sujette depuis deux ans. Cette dame, créole d'origine, est âgée de 45 ans, veuve et mère de cinq enfants. Sa mère vivait encore et se portait bien ; son père était mort d'une maladie de foie. Son mari, deux de ses frères et deux sœurs, sont morts phtisiques. Elle a aussi perdu un frère de la même affection, à l'âge de 30 ans.

Jusqu'à il y a deux ans, la malade s'était bien portée, sauf des troubles dyspeptiques, assez fréquents. Elle jouissait alors d'un certain embonpoint ; mais, depuis deux ans qu'elle souffrait de ses crises hépatiques, elle avait maigri et ses troubles dyspeptiques s'étaient aggravés.

Depuis six mois, elle tousse et son amaigrissement a encore augmenté ; dans ces six derniers mois, elle a perdu 16 kilos. Cette toux avait été accompagnée, au début, d'une légère hémoptysie.

Au sommet du poumon gauche, il y avait de la matité, du souffle et des craquements, mais cette lésion avait peu d'étendue. L'expectoration se bornait à quelques crachats qui contenaient des bacilles de Koch.

Enfin, il y avait une lésion cardiaque que M. le professeur Potain avait diagnostiquée : *Insuffisance aortique.*

Je dirigeai mon traitement particulièrement vers la lésion hépatique : antisepsie intestinale, régime sévère, révulsifs, laxatifs fréquents, eau de Vichy, séjour à la campagne. Il n'y eut plus que deux crises de coliques hépatiques, à un mois d'intervalle et la malade rentra à Paris, au mois d'octobre. A partir de ce moment, elles ne revinrent plus. Pendant ce temps, l'état général de la malade s'était beaucoup amélioré : son teint s'était éclairci, elle avait légèrement engraissé, deux kilos, ses fonctions digestives s'étaient beaucoup améliorées. Mais, à mon grand étonnement, les signes locaux de tuberculose pulmonaire, au sommet gauche, avaient presque complètement disparu,

Il ne subsistait qu'une légère submatité et une respiration un peu rude. La malade ne toussait plus et ne crachait plus. Très frappé de cette guérison inespérée et si rapide, d'une tuberculose dont le diagnostic avait été fait par trois médecins et affirmé par la constatation des bacilles, je me demandai s'il ne fallait pas l'attribuer à la disparition de la lésion hépatique.

La malade fut, peu de temps après, fort éprouvée par la mort de deux de ses fils ; elle subit fréquemment des troubles dyspeptiques, malgré la sévérite de son régime, mais les coliques hépatiques ne se reproduisirent point.

Au printemps de 1890, elle subit une forte atteinte d'influenza qui n'amena pas le réveil de sa lésion pulmonaire. Ce sont les accidents cardiaques qui alors s'aggravèrent ; il survenait des crises de suffocation, avec palpitations, que la digitale calma pendant quelque temps. La malade, ayant quitté Paris en 1892, mourut quelques mois après, subitement, m'a-t-on affirmé, dans une de ses crises cardiaques.

Observation II

Congestion chronique du foie.—Symptômes suspects au sommet du poumon droit.—Hérédité.—Guérison.

Au mois de février 1890, je fus appelé à donner mes soins à Mme Cl..., jeune femme mariée, sans enfants, âgée de 26 ans. Cette dame est blonde, petite, très gracile, d'aspect infantile. Née de père et mère morts phtisiques, elle a toujours été fort délicate, Sans avoir eu de maladie grave,

elle a été atteinte de l'influenza, il y a deux mois, et depuis elle tousse. Réglée à 18 ans, elle s'est mariée à 20 ans.

Depuis deux mois qu'elle tousse et est oppressée, elle a un peu maigri; son appétit, habituellement léger, a encore diminué. Elle se sent affaiblie, transpire quelquefois la nuit; sa toux est courte, sèche, fréquente, sans expectoration; elle est très facilement oppressée. Elle se plaint, en outre, de lourdeur de tête, de constipation, de digestions douloureuses, de dégoût pour la nourriture, surtout pour la viande et les graisses.

A l'examen, je ne trouve dans la poitrine que des symptômes peu accentués au sommet droit, où il existe un peu de submatité, de l'expiration prolongée, sans saccades et du retentissement de la voix. Mais le foie est gros, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt, un peu sensible à la pression.

Révulsifs sur le foie, eau de Vichy, laxatifs fréquents, hydrothérapie chaude, régime sévère. La malade part bientôt à la campagne dans les meilleures conditions d'hygiène et de bien-être.

Six semaines après, je la revis lors d'un voyage à Paris; son état s'était beaucoup amélioré. Elle avait regagné 1 kilogramme et pesait 42 kilogrammes. Le foie était moins gros, moins sensible, l'appétit était assez bon, les digestions meilleures, mais la toux et l'oppression persistaient encore, quoique bien diminuées.

Deux mois après, la malade se considérait comme guérie. La toux et l'oppression avaient complètement disparu, le foie était rentré dans ses limites normales. Il n'existait plus de signes suspects au sommet du poumon droit. Cet état se maintient depuis huit ans, à la condition que la malade suive son régime et combatte la constipation.

Si cette dame n'était pas une tuberculeuse avérée, puisque la constatation du bacille manque et que les signes locaux furent incertains, il n'en est pas moins vrai que ses antécédents héréditaires et son état constitutionnel permettaient de tout craindre.

La disparition des symptômes pulmonaires suspects, sans aucun traitement particulier, dirigé contre eux, par la disparition de l'engorgement du foie, montre cependant qu'il existait une relation entre les deux ordres de lésions.

Observation III

Engorgement du foie. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

Le 10 décembre 1891, je fus appelé auprès de M. K..., soigné depuis deux ans par un confrère qui venait de mourir. M. K..., est un homme de 48 ans, n'ayant pas d'antécédents tuberculeux, menant une vie sédendaire et ne faisant pas d'excès. Sa santé avait été bonne jusqu'à l'âge de 40 ans, où il fut éprouvé par la perte d'un enfant. A partir de ce moment, son appétit devint capricieux, ses digestions souvent pénibles, accompagnées d'état nauséeux; constipation habituelle, coupée de temps en temps par des diarrhées passagères, à la suite desquelles il se trouvait plus dégagé, disait-il, et avait meilleur appétit; trois fois il a eu des poussées d'hémorrhoïdes.

Depuis deux ans, K..., tousse et crache, est très oppressé, quand il monte, a de fréquentes céphalées.

K... est plutôt maigre que gras; son teint est légèrement jaunâtre. A l'examen, je constate au sommet droit, de la matité et des craquements; en plus des gros râles disséminés dans toute l'étendue du pumon droit, surtout à la base, où la respiration est un peu soufflante.

Ces crachats assez abondants, sont tantôt jaunâtres, tantôt gris-verdâtres, surtout le matin et renferment des bacilles de Koch.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigts, est douloureux à la palpation et paraît assez dur. L'estomac est un peu dilaté, la langue couverte d'un enduit jaunâtre. Etat nauséeux continu, inappétence presque absolue, constipation, sans vomissements. Ces troubles digestifs avaient augmenté depuis une quinzaine et inquiétaient le malade.

Malgé tout, l'état général n'était pas trop mauvais, pour un malade qui toussait depuis deux ans, portait des bacilles et avait des troubles digestifs.

Le traitement décongestionnant du foie fut pratiqué, sans préoccupation du côté de la poitrine. Révulsifs sur la région hépatique, laxatifs, régime lacté insuffisant, repos.

Les 20, amélioration notable; le foie s'est rétracté, est moins douloureux ; le malade demande à manger. Aucune modification du côté du poumon.

Le 25, les légers aliments permis ont été bien supportés, le malade a de l'appétit et réclame davantage.

Du côté de la poitrine, les gros râles ont à peu près disparu; les symptômes du sommet sont les mêmes; l'oppression a sensiblement diminué.

Cette amélioration alla en augmentant et le 2 février, l'état était relativement très bon. Les craquements, au sommet droit, avaient sensiblement diminué ainsi que l'expectoration et la toux. Le malade avait engraissé, avait bonne mine et se disait complètement guéri.

Toutefois, malgré l'état satisfaisant des fonctions digestives, le foie restait toujours un peu gros et dur.

Le 12 juillet, sous l'influence d'une boisson glacée, il est pris de diarrhée et de vomissements, le foie est de nouveau douloureux, congestionné, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt.

La toux est revenue, quinteuse, fatigante, avec expectoration muqueuse, striée de sang. La base du poumon droit est congestionnée : fièvre de 39° le soir, oppression. Le traitement fut repris avec application de cataplasmes sinapisés à la base du poumon droit. Le 17, cet orage a disparu, le poumon s'est dégagé : depuis hier est survenue une crise hémorrhoïdale.

Le 25, le malade est revenu à son état antérieur. Depuis cette époque, il veille plus attentivement à son régime et à son hygiène et se porte bien. Depuis longtemps, la toux a entièrement disparu, l'état général est bon, Au sommet du poumon, on ne perçoit plus de craquements, mais une légère submatité et une diminution du bruit respiratoire ; le malade a quitté Paris, en 1896, dans un bon état de santé et je ne sais ce qu'il est devenu depuis.

Observation IV

Engorgement chronique du foie. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

Mlle W., 26 ans, a toujours été d'une santé délicate, mais n'a jamais fait de maladie. Le père est mort phtisique, la mère est d'une santé délicate, souffre de coliques hépatiques : elle a eu 14 enfants dont plusieurs sont morts en bas âge, de méningite.

Ceux qui survivent sont tous de santé faible, Mlle W., a habituellement peu d'appétit, est constipée, ses digestions sont longues, pénibles, elle a du dégoût pour la viande, ne peut digérer ni corps gras, ni féculents ; vomissements fréquents, a de fréquentes céphalées, des palpitations de cœur.

Employée dans un magasin, depuis trois mois, se voit maigrir et perd ses forces ; elle est oppressée ; la toux est fréquente, non quinteuse, accompagnée d'un peu d'expectoration muqueuse le matin. Au sommet du poumon droit, submatité et respiration rude, expiration prolongée et saccadée. Le foie est gros, douloureux à la percussion et à la palpation. Un régime sévère, des laxatifs, des révulsifs, accompagnés d'injections de créosote, n'avaient produit, au bout de quatre mois, qu'un faible résultat.

La malade, devant accompagner une parente à Pougues, je demandai à M. le Dr Bovet s'il ne voyait pas d'inconvénient à faire suivre à cette jeune fille un traitement très prudent par ces eaux. ce qui fut fait. Le traitement hydro-minéral eût les plus heureux résultats. Les fonctions digestives s'améliorèrent notablement, mais, en même temps, la toux, les crachats et l'oppression tendirent à disparaitre. Trois mois après la cure de Pougues, la malade put être considérée comme entièrement guérie de sa lésion pulmonaire ; le foie avait diminué, les digestions étaient meilleures.

La malade était revenue à l'état de santé qu'elle avait avant sa toux, c'est-à-dire qu'elle reste toujours délicate, est obligé de s'observer beaucoup, et ne peut se livrer à un travail fatiguant.

A propos de cette observation, M. Bovet m'a déclaré connaître plusieurs cas de maladie de foie, qu'il a observés et traités à Pougues, et qui se sont ultérieurement terminées par la tuberculose pulmonaire.

Nous n'avons pas, dans cette observation l'examen bactériologique des crachats. Mais si l'on

veut se reporter à l'hérédité directe par le père, à la faiblesse constitutionnelle de la malade, la tuberculose du sommet du poumon droit semble bien probable, malgré l'incertitude des signes locaux et l'avenir de cette jeune fille ne pouvait qu'inspirer de très vives inquiétudes.

Observation V

Engorgement chronique du foie. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

Mme D., âgée de 34 ans, mère de deux enfants, s'est toujours bien portée jusqu'en 1888, où elle fut atteinte d'un rhume qui la fatigua beaucoup. Elle a maigri de 15 livres, son appétit est capricieux ; elle est habituellement constipée, mais éprouve de temps en temps des diarrhées passagères; digestions pénibles, fréquentes céphalées : elle est bien réglée,

Dans la poitrine existent de gros râles diffus, un peu partout ; mais au sommet gauche, existe de la matité, en avant et en arrière, des craquements fins ; la respiration est soufflante et rude. Expectoration abondante, avec des bacilles de Koch, assez rares. Le foie, dur, est congestionné: débordant les fausses côtes de deux travers de doigts.

Les forces sont assez bien conservées, malgré l'amaigrissement. L'analyse des urines ne dénote que 16 grammes d'urée, un excès de chlorures, peu de phosphates, des traces de sérine et de peptones.

Le traitement fut dirigé d'abord contre la congestion du foie et les troubles dyspeptiques. Peu à peu, ces troubles disparurent et la créosote fut essayée, mais ne put être supportée.

Le 20 avril, après quatre mois de traitement, l'état général s'était amélioré ; la malade mangeait et digérait. Elle avait regagné 6 livres.

La bronchite avait disparu, on ne percevait plus de gros râles ; la toux avait beaucoup diminué et l'expectoration était réduite à cinq ou six crachats, dans les vingt-quatre heures ; mais ces crachats renfermaient toujours des bacilles, rares, il est vrai et les symptômes observés au sommet gauche n'avait point varié.

J'eus recours alors aux injections sous-cutanées de créosote, mais au bout de quelques jours, elles durent être supprimées à la suite de l'accident suivant :

Le soir du 15 mai, à dîner, les quatre personnes de la famille mangèrent des petites saucisses. Pendant la nuit, toutes furent malades et la domestique, qui n'en avait pas mangé ne le fut point. Deux eurent des coliques et de la diarrhée, une troisième eut en outre des vomissements, mais notre malade fut bien plus gravement éprouvée. Chez elle l'intoxication fut profonde et, pendant quatre jours, elle fut atteinte de vomissements, de diarrhée et d'un état de prostration vraiment inquiétant. Le foie, très gros, très sensible, débordait les fausses côtes de trois travers de doigt.

La malade fut très longtemps à se remettre de cette secousse, d'autant plus que sans cause apparente, sans refroidissement, pendant son séjour au lit, elle fut reprise de bronchite.

En même temps, les symptômes du sommet gauche s'aggravèrent.

La matité s'étendit, les craquements furent beaucoup plus abondants, entremêlés de gros râles ; il y avait une zone congestive autour de l'ancienne lésion ; l'expectoration devint sanguinolente, sans véritable hémoptysie.

L'intoxication avait fortement agi chez cette femme, dont le foie n'offrait pas de résistance et, sous l'influence de ce trouble, une congestion non tuberculeuse du poumon s'était produite.

L'état était grave et il y avait lieu de craindre une marche rapide de la tuberculose.

Croyant à une relation entre le retour des accidents pulmonaires et le trouble hépatique, je m'attachai surtout à combattre ce dernier par le régime lacté, les révulsifs, les laxatifs, les irrigations intestinales et les antiseptiques.

Je combattis les phénomènes broncho-pulmonaires également par les révulsifs, l'état de l'estomac ne permettant l'administration d'aucun médicament.

Peu à peu, j'eus la satisfaction de voir le foie se rétracter, l'estomac devenir plus tolérant et la malade sortir de son abattement.

Le 10 juin, elle put se lever ; la bronchite et l'état congestif du sommet gauche avaient notablement diminué.

Le 20 juillet, la malade pouvait sortir et reprendre ses habitudes ; elle alla faire un séjour d'un mois à la campagne. A son retour, l'état général était très satisfaisant, la bronchite avait complétement disparu ; au sommet gauche, plus de craquements, mais la respiration reste obscure et il y a toujours un peu de matité.

Huit jours après le retour de la campagne, la malade ayant pris une boisson trop froide, fut de nouveau atteinte de troubles digestifs avec léger gonflement du foie, mais cet accident qui se répéta plusieurs fois, n'eut aucun retentissement sur la poitrine.

Les injections de créosote furent alors administrées avec persévérance, pendant trois mois, au bout desquels la malade put être considérée comme guérie. Depuis cette époque, elle se porte bien, à la condition de surveiller ses fonctions gastro-intestinales.

Observation VI.

Engorgement du foie. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

Le 20 avril 1894, se présente à ma consultation M. L..., jeune homme de 18 ans qui, jusque-là, avait joui d'une assez bonne santé. Il avait deux frères vivants et bien portants : sa mère était également bien portante, son père était mort de diabète.

Ce jeune homme, malgré un bon état de santé apparent, avait toujours le teint un peu blafard, les chairs molles, la peau sujette à cette forme d'acné que M. le professeur Grancher considère comme suspecte.

Depuis six mois, son hygiène s'est modifiée. Au lieu de sortir beaucoup au grand air, il travaille dans un bureau bas, humide et sombre, à côté d'un voisin phtisique, qui mourut quelques mois après.

La santé de L... ne tarda à s'altérer ; il perdit d'abord l'appétit, fut constipé, eut des céphalées. Enfin survint un rhume qui se prolongea pendant deux mois. On n'y faisait pas grande attention quand le 19 avril, il fut pris d'une légère hémoptysie. A l'auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Au sommet droit, râles plus fins, souffle, expiration prolongée et saccadée, matité. Expectoration assez abondante le matin, contenant des bacilles de Koch.

Pas d'appétit, état nauséeux, constipation, estomac légèrement dilaté : foie engorgé, débordant les fausses côtes, sensible à la pression.

Tous les soirs, mouvement fébrile, suivi de transpiration vers la fin de la nuit.

Je fis supprimer le travail de bureau et prescrivis un traitement décongestionnant du foie : laxatifs, révulsifs, eau de Vichy, régime sévère, vie au grand air, le plus possible.

Le 6 mai, l'appétit est meilleur, les digestions se font bien, mais la toux est très fréquente, pénible ; le soir, mouvement fébrile, mais moins de transpiration. Les signe locaux pulmonaires n'ont pas varié. J'ajoutai au traitement de la créosote, qui ne fut point supportée.

Le 25 mai, pas de changement : la créosote ayant du être supprimée *per os* est administrée par injections sous-cutanées à petites doses. Elle fut mal supportée encore, produisit des accès fébriles et de fortes transpirations. Je me contentai alors de révulsifs sur la poitrine, d'un régime sévère, mais très substantiel, en surveillant de près l'état du foie.

Ce n'est qu'au bout de deux mois, que l'état local fut amélioré bien longtemps après l'amélioration générale.

Le 15 juillet, la toux avait beaucoup diminué de même que l'expectoration. La respiration du sommet était beaucoup plus douce, les craquements moins intenses. L'état général était satisfaisant. Le malade avait augmenté de 3 kilogs. L'appétit était normal, le foie ne débordait plus et n'était plus douloureux.

Le malade partit alors à la campagne, en Normandie, où il passait sa vie en plein air. Il y resta dix-huit mois, pendant lesquels je le vis plusieurs fois. Il rentra alors à Paris, complètement rétabli et, depuis cette époque, sa santé est excellente. Il est vrai qu'il a changé de profession et passe presque toute la journée en plein air.

Sa constitution s'est avantageusement modifiée. Il n'a plus ce teint blafard, ces poussées d'acné, auxquelles il était sujet. La peau est lisse, fraîche et rosée.

Observation VII

Engorgement du foie. — Pleurésie. — Hérédité. — Signes suspects de la tuberculose. — Guérison.

Le 25 novembre 1896, je fus appelé auprès du jeune T..., âgé de 17 ans, employé de commerce Fils d'un père mort alcoolique et tuberculeux, il y a cinq ans, T.,. a été atteint, il y a trois ans, d'une pleurésie droite, qui le tint alité pendant trois semaines.

Quoique d'une taille au-dessus de la moyenne pour son âge, ce jeune homme a toujours été faible, son teint est jaunâtre, il est maigre, ses chairs sont molles ; il se fatigue très vite, est souvent oppressé ; son appétit est faible, capricieux, il a du dégoût pour la viande et les graisses, ses digestions sont souvent pénibles, ses gardes-robes sont irrégulières, fétides, fréquemment diarrhéiques. Il tousse habituellement, depuis sa pleurésie, d'une toux sèche, sans expectoration.

Il y a huit jours, T... fut atteint de la grippe et resta alité. Il a de la fièvre continue, des transpirations nocturnes. La toux est fréquente, pénible, suivie d'une expectoration pénible, muqueuse.

Après la disparition de cette grippe, T... reste faible, l'appétit ne revient pas. La toux persiste encore, mais sèche ; il n'y a plus de fièvre diurne, mais vers la fin de la nuit, il survient une transpiration qui exige un changement de linge. Il est très amaigri et très anémié.

A l'auscultation ; diminution du bruit respiratoire dans toute la moitié supérieure du poumon droit ; respiration soufflée vers la base ; au sommet, la respiration est rude, l'expiration saccadée. Il y a de la submatité ; le foie est fortement congestionné. Comme T... est très maigre, cet état congestif est visible à l'œil ; il déborde les fausses côtes de trois travers de doigts.

Le malade fut soumis au traitement décongestionnant du foie, auquel j'ajoutai, tous les soirs, un lavement fait avec 100 grammes de foie de porc, ayant macéré huit heures dans de l'eau glycérinée. Le résultat fut ici beaucoup plus rapide que dans les cas précédents. Au bout de quatre jours, l'appétit revenait très vif, les digestions étaient bonnes et le foie commençait à se réduire.

Le traitement fut continué pendant quinze jours, au bout desquels T.,. reprit ses occupations. Les laxatifs et le régime furent continués. Au bout d'un mois, c'était une véritable transformation de l'état général de ce jeune homme.

De pâle, jaunâtre, qu'il était auparavant, son teint était frais et rosé ; le foie était rentré dans ses limites normales ; les fonctions digestives étaient parfaites.

Il n'était plus fatigué, se sentant très dispos et disait ne s'être jamais aussi bien porté. Du côté de la poitrine, il n'y avait plus de signes suspects. La respiration n'y était pas aussi parfaite que du côté gauche à cause des reliquats de la pleurésie, mais il ne toussait plus. Depuis cette époque, la santé de ce jeune homme continue à être excellente.

Dans ce cas, nous n'avons pas l'examen bactériologique pour affirmer la tuberculose. Mais les antécédents, frère alcoolique et tuberculeux, la pleurésie, l'état général, nous donnent les plus grandes probabilités que les signes locaux étaient bien dus à une invasion bacillaire. Cette observation présente, en outre, un certain intérêt par l'action rapide, sur l'état général, de l'extrait hépatique.

Observation VIII

Engorgement du foie. — Tuberculose par contagion. — Guérison.

Mlle A..., 34 ans, est fille d'un père variqueux et tousseur, et d'une mère, morte phtisique, il y a huit mois, et qu'elle a soignée avec dévouemont, nuit et jour, partageant même son lit.

Deux mois après la mort de la mère, elle se mit à tousser, maigrit beaucoup, était oppressée au moindre effort, fiévreuse, et avait des transpirations nocturnes. L'appétit s'était perdu, depuis

la mort de la mère, les digestions étaient difficiles, la constipation habituelle. Elle attribuait ces troubles au chagrin.

A l'examen, le 7 avril 1897, je trouve au sommet gauche de la submatité, une respiration rude et quelques bouffées de craquements, à l'inspiration. La toux est forte, quinteuse, très fréquente, très pénible, suivie de très peu d'expectoration, souvent sanguinolente.

Le foie est engorgé, déborde les fausses côtes, est douloureux à la pression. Les conjonctives, et le teint en général sont légèrement jaunâtres; la malade dit avoir maigri de 12 kilogs. Traitement : laxatifs, eau de Vichy, révulsifs sur le foie, lavement d'extrait (100 grammes) de foie de porc, tous les soirs.

Le 20, l'état général s'améliore peu à peu, l'appétit revient d'abord et les digestions deviennent plus faciles; la toux persiste.

Le 8 mai, amélioration : le foie est moins douloureux et est rentré dans ses limites normales. L'appétit est normal et les digestions faciles. La malade a augmenté de 1 kilog 1/2. La toux est moins forte, moins quinteuse ; il n'y a plus d'expectoration sanguinolente. Il n'y a plus de sueurs nocturnes, mais toujours un léger état fébrile.

Le 24 juillet, l'appétit est toujours bon, les forces sont revenues, la malade a encore gagné 2 kilogs. Du côté du foie, on ne perçoit plus rien d'anormal. La toux a complètement cessé la nuit : il n'y a plus de fièvre. Au sommet gauche, on n'entend plus de craquements, il n'y a plus qu'un peu de retentissement de la voix. Suppression du tout traitement. Le 7 août. La malade se déclare complètement guérie Il n'y a plus de symptômes généraux ni locaux. La santé est parfaite et s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Chez cette malade, qui a toujours joui d'une bonne santé, la contagion à laquelle elle était exposée, dans un appartement où sa mère était morte phtisique, a pu s'opérer, grâce à la dépression nerveuse produite par le chagrin et à l'engorgement du foie, qui en a été la conséquence.

Les phénomènes locaux étaient assez nets pour que l'examen bactériologique ne fut pas indispensable au diagnostic. La cause de la modification de ce terrain, jusque-là excellent, l'engorgement du foie, une fois disparu, l'organisme de la malade a pu lutter victorieusement contre l'invasion bacillaire.

Une sœur de cette malade vient d'être atteinte d'un ulcère tuberculeux très grave du pharynx, dont elle a guéri, grâce à sa bonne constitution.

Dans ces deux cas, il n'y avait pas de prédisposition organique et c'est à la contagion seule qu'il faut attribuer ces tuberculoses, contagion rendue momentanément possible par une dépression due au chagrin et par l'engorgement du foie.

Observation IX

Engorgement du foie. — Tuberculose par contagion. — Guérison.

Mme C..., est une jeune femme de 20 ans, grande, forte, très fraîche, qui a épousé un phtisique, lequel succomba après neuf mois de mariage, en juillet 1891.

Pendant tout le cours de la maladie, cette jeune femme soigna son mari, avec dévouement, nuit et jour, et éprouva un vif chagrin de sa perte.

Dans les dernières semaines, elle fut atteinte d'une angine, qui, dit-elle dura quinze jours, la fit beaucoup souffrir, mais ne l'arrêta pas.

Très fatiguée, elle alla passer deux mois à la campagne, mais à son retour, elle était loin d'avoir retrouvé sa bonne santé antérieure.

Elle se sentait toujours fatiguée, sans appétit, digérait mal, était constipée, avait maigri et perdu sa fraîcheur; les conjonctives étaient légèrement ictériques. Depuis un mois, elle est tourmentée par une petite toux sèche, irritante, très fréquente, a de l'oppression et des palpitations.

A l'examen, je trouve, au sommet droit, de la submatité, une respiration obscure et du retentissement de la voix. Le foie est gros et douloureux : la malade ne peut plus endurer son corset. Elle est constipée, se plaint de diarrhées subites, de céphalalgie et d'une grande faiblesse; elle a beaucoup maigri.

En outre des antécédents cités plus haut, elle raconte qu'elle a perdu un frère de coxalgie, il y a quatre ans. Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

L'analyse des urines montre une excrétion très exagérée des chlorures et de phosphates, peu d'urée, de l'urobiline, des traces de sérine et de peptones.

Je m'attachai à rétablir les fonctions digestives en décongestionnant le foie par des révulsifs, des laxatifs, l'eau de Vichy, un régime sévère, des douches chaudes. Peu à peu l'appétit revint; les digestions furent meilleures et la malade reprenait plus de forces, se sentait moins fatiguée; au bout de trois mois, elle put être considérée comme complètement guérie.

Les symptômes généraux et locaux avaient totalement disparu. Une nouvelle analyse montra que les urines étaient redevenues normales. Depuis, cette jeune femme s'est remariée et se porte très bien.

Cette observation est analogue à la précédente. Il n'y avait pas de prédisposition constitutionnelle, mais une modification organique, produite par l'engorgement du foie, avait permis à la *contagion* de commencer son œuvre.

Voilà donc une série de cinq observations de tuberculose pulmonaire, guéries par un traitement s'appliquant à peu près exclusivement à rétablir les fonctions du foie compromises, ce qui semble bien indiquer que l'engagement de cette glande a joué un rôle prépondérant dans la modification du terrain, et créé l'aptitude à la contagion. Nous possédons encore quatre autres observations analogues dont la relation allongerait inutilement le travail.

Mais nous n'avons pas toujours été aussi heureux, soit que la maladie du poumon fut trop avancée, soit que le foie lui-même ne fut plus susceptible d'être ramené à son état normal, par le traitement employé.

Les observations que nous allons citer, montreront néanmoins que, dans ces cas, l'engorgement du foie joue encore un rôle épisodique important dans la marche de la maladie.

Observation X

Mme P... âgée de 27 ans, est fille d'un père mort tuberculeux alcoolique et d'une mère bien portante. Son frère est mort phtisique. A l'âge de 20 ans, elle commence à tousser.

Envoyée à Cauterets, elle y eût une première hémoptysie ; l'année suivante, la même cure en provoqua une seconde.

Depuis, elle continue à tousser, mais son état général se maintient assez bien. Mariée en 1888, elle eut une première grossesse, en 1889, pendant les derniers mois de laquelle survint un amaigrissement assez notable, quoique l'état général se maintint assez bien.

Les couches furent bonnes et leurs suites normales.

Deux mois après, la malade, très contrariée par une absence prolongée de son mari, qui voyageait à l'étranger, devint très nerveuse et perdit l'appétit ; puis survint de la fièvre, avec une toux opiniâtre, violente et des vomissements bilieux.

En même temps, se déclara un point douloureux, en arrière, au-dessous de l'omoplate droite. Appelé auprès de la malade, je trouve un foie très engorgé et douloureux.

Le point douloureux et les vomissements bilieux avaient rappelé mon attention sur cet organe.

Je prescrivis un large vésicatoire sur la région hépatique, mais son application fut remise au lendemain.

Dans la nuit, se déclara une violente hémoptysie. M. Hanot, appelé en consultation dès le matin, approuva l'application du vésicatoire, sur la région hépatique, application qui eut lieu à huit heures.

A six heures du soir, l'hémoptysie était complètement arrêtée, en même temps que la fièvre et le point de côté avaient disparu ; la toux avait beaucoup diminué et le foie s'était rétracté. La malade se remit vite de cette violente secousse et huit jours après, elle put partir à la campagne.

Elle succomba néanmoins à la phtisie, trois ans après, à la fin d'une seconde grossesse.

Observation XI

M. G... âgé de 47 ans, fils d'un père mort alcoolique, tuberculeux, à 40 ans, a fait lui-même des excès alcooliques.

Il n'a eu d'autres maladies que de fréquents rhumes et une paralysie faciale, à frigore.

Depuis un an, son état s'était modifié. Il est devenu apathique, est sujet à de fréquents accès de colère. Il est toujours fatigué, surtout le matin, se plaint de céphalées frontales.

Il a la bouche mauvaise, la langue saburrale, le teint jaunâtre, est oppressé, accidents qu'améliorait momentanément un purgatif.

Il y a un mois; le malade fut pris d'étouffements et ne put se lever. Il toussait beaucoup et crachait du sang.

L'application d'un vésicatoire sur la poitrine, fit disparaître rapidement ces accidents; mais cette amélioration ne dura que quinze jours et la toux persistait.

Le 7 avril 1891, le malade fut pris d'une violente oppression, avec une toux quinteuse, opiniâtre, mais sans expectoration sanguinolente, ni de point de côté.

Dix jours auparavant, il avait perdu son fils unique, de tuberculose pulmonaire.

A l'examen; je constate de la congestion à la base du poumon droit, avec œdème, et, au sommet, du même côté, les signes d'une tuberculose au second degré.

Le foie est fortement engorgé, très douloureux à la pression; le cœur est dilaté; le malade est très oppressé et ne peut garder la position horizontale; fièvre, langue très saburrale, constipation depuis trois jours.

Purgatifs, régime lacté, vésicatoire sur la région hépatique. En 48 heures, tous ces accidents disparurent et le malade put se lever. Il voulait s'occuper de ses affaires et ne se soignait pas. La toux et l'expectoration allèrent en augmentant.

Deux mois après, une nouvelle crise semblable à la précédente se déclara. Le foie, qui n'était pas revenu à son état normal, était de nouveau fortement engorgé et débordait les fausses côtes de dix centimètres. Pendant ma visite, le malade fut pris d'une violente hémoptysie qui l'emporta en quelques heures.

Observation XII.

Mme B., 37 ans, père mort à 42 ans, alcoolique et tuberculeux; mère morte à 32 ans, d'une maladie chronique de poitrine. A toujours été délicate, sans appétit, digestions pénibles, teint ictérique.

Réglée à 15 ans, mariée à 28 ans, a deux enfants bien portants, suites de couches normales.

Il y a six ans, la malade fut atteinte de coliques hépatiques, puis d'hémorrhoïdes; elle est habituellement constipée et à de fréquentes céphalées.

Depuis trois ans, Mme B., tousse; les hémoptysies sont fréquentes, mais peu abondantes et surviennent principalement quelques jours avant les règles.

Le poumon droit est atteint de tuberculose en voie de ramollissement.

Le 14 octobre 1892, Mme B,. est atteinte d'une nouvelle crise violente de coliques hépatiques, suivie d'une hémoptysie très abondante. Quant la crise fut calmée, le foie resta gros et dur, il survint des accès de fièvre avec violents frissons toutes les nuits, l'état général devint très mauvais; la phtisie prit une allure rapide et la malade succomba trois mois après, absolument cachectique.

Observation XIII.

M. R., âgé de 32 ans, faisait depuis longtemps abus de vin, dont il buvait deux à trois litres par jour. Maigre et nerveux, il se portait assez bien, sauf qu'il était sujet à des diarrhées bilieuses fréquentes. Sa mère est bien portante, son père est atteint d'une maladie du foie.

Au mois de février 1891, sa femme fut atteinte d'une fièvre puerpérale grave, pendant la durée de laquelle R., se fatigua beaucoup. Peu de temps après, il perdit l'appétit, maigrit et se mit à tousser.

La toux était sèche, quinteuse, extrêmement violente et presque continue, l'empêchant de parler. Les crachats sont rares, quelquefois sanguinolents.

Légers accès fébriles le soir, sueurs nocturnes, teinte jaunâtre de la peau, surtout des conjonctives.

Au sommet du poumon gauche, matité, disparition presque complète du murmure respiratoire. Cette partie du poumon semble hépatisée.

Congestion énorme du foie qui dépasse les côtes de 11 centimètres, paraît dur, mais peu douloureux : vomissements bilieux tous les matins et quelquefois dans la journée, après les quintes de toux.

Le traitement amena une amélioration dans la toux, la disparition des vomissements, mais le foie ne se rétracta pas complètement; il débordait encore de 4 centimètres.

Le malade partit à la campagne. Il revint au bout de trois mois dans un état général assez satisfaisant.

Il se remit alors à boire du vin et bientôt il fut repris de ses vomissements bilieux.

Le volume du foie augmenta de nouveau. La toux reprit le caractère quinteux, avec de véritables accès de suffocation, que l'état des poumons ne pouvait expliquer. La reprise du traitement et la suppression du vin, ne tardaient pas à diminuer ces symptômes, mais le malade reprenait bien vite ses mauvaises habitudes, qni provoquaient de nouvelles crises de congestion hépatique.

Son état alla en s'aggravant, des signes de ramollissement du sommet du poumon apparurent. Alors survinrent des hémoptysies, chaque fois que le volume du foie augmentait. Le malade fut emporté par une de ces hémorragies quand l'état du poumon pouvait encore permettre une assez longue survie.

Nous pourrions citer encore un très grand nombre d'observations analogues. Le nombre des phtisiques ayant de gros foies est considérable et ces cas sont d'observation journalière.

Mais, jusqu'ici, on n'a pas étudié, que nous sachions, les rapports de ces gros foies avec la prédisposition à la phtisie et existant avant son éclosion, ni avec les incidents épisodiques, si fréquents, pendant la durée de cette maladie.

Nous avons cité un certain nombre de cas où ce rapport paraît évident, où le traitement de la congestion hépatique a amené la rétrocession de l'affection pulmonaire; d'autres, où ce même traitement a dissipé rapidement des aggravations incidentes, qui ne se rattachaient ni à une extension de la lésion pulmonaire, ni à une infection secondaire.

Nous croyons même que, dans bien des cas, le médecin peut prévoir et conjurer l'éclosion de la phtisie. Nous possédons un certain nombre d'observations de cas dans lesquels, nous croyons avoir pu conjurer une phtisie menaçante; dans d'autres nous avons pu annoncer, chez des hépatiques, une phtisie prochaine et voir l'événement se réaliser.

Nous suivons depuis douze ans un jeune homme dont les quatre frères aînés ont succombé à la phtisie, vers l'âge de 26 ans. Ce jeune homme, qui était le moins fort des cinq frères, était très sujet aux troubles digestifs, avec congestion du foie, très effrayé par la mort de ses frères et s'attendant à subir leur sort. En combattant la congestion hépatique par une hygiène et un traitement rigoureux et prolongé, j'eus la satisfaction de voir sa santé se raffermir. C'est actuellement un superbe jeune homme de 30 ans, jamais malade, marié et père de famille. Nous croyons ainsi avoir établi que certains engorgements du foie créent une prédisposition à la phtisie pulmonaire; que cette prédisposition, temporaire ou permanente, peut être combattue par un traitement visant la décongestion du foie ; que, lors même que l'invasion bacillaire est déjà réalisée, ce traitement peut encor suffire à en amener la rétrocesssion, si toutefois les lésions ne sont pas

trop avancées ; enfin que, dans les épisodes de la phtisie, dans les aggravations de la maladie, dues au retour de la congestion hépatique, nous avons pu obtenir un résultat plus rapide par le traitement direct de cette congestion.

Causes de l'Engorgement du Foie.

Hérédité. — Les causes qui peuvent agir sur le foie et y créer un état d'infériorité sont très nombreuses et très complexes. L'hérédité en est une.

Les travaux de MM. Charrin et d'Arsonval démontrent que les enfants, issus de parents infectés, d'une manière quelconque, par tuberculose, pleurésie, oreillons, influenza, érysipèle, diphtérie, etc., présentent, en dehors des différences de croissance, de composition des humeurs, des altérations des reins et surtout *du foie*, qui peut présenter de la congestion, de l'élargissement des travées, des dégénérescences, œuvre des toxines bactériennes. Ils admettent aussi que ces lésions peuvent être le résultat des toxines cellulaires, d'intoxications, comme l'alcoolisme.

L'hérédité de ces dégénérescences, ainsi démontrée, par l'observation directe, du côté de la mère, doit être également admise du côté du père.

L'observation prouve que les enfants des vieillards présentent des dégénérescences analogues ; de même les enfants des alcooliques.

Dans nos observations, les maladies de foie, chez les parents, l'alcoolisme paternel se trouvent signalés.

Infections et intoxications. — Si les toxines bactériennes peuvent agir par hérédité sur le foie des enfants, à plus forte raison doit-on admettre leur retentissement direct sur cet organe, lors des infections personnelles, si fréquentes pendant le jeune âge.

Les altérations du foie, consécutives aux maladies bacillaires, sont beaucoup moins connues que celles du rein, parce qu'elles sont plus difficiles à déceler, mais leur existence fréquente ne saurait être douteuse.

Il en est de même des intoxications et, dans le jeune âge, ce sont surtout les intoxications intestinales qui dominent.

La grossesse, dont l'action fréquemment néfaste sur le foie est aujourd'hui démontrée, doit être rapprochée des intoxications cellulaires. Elle est souvent l'origine première des accidents hépatiques qui ont conduit plus tard à la phtisie (obs. X).

L'alcoolisme personnel rentre également dans cette catégorie.

La dépression nerveuse est aussi une cause fréquente (obs. III, VIII, X).

Symptômes.

Du côté du foie, les symptômes dominants sont :

L'augmentation de volume, la douleur, la dureté.

L'augmentation de volume et la douleur à la pression existent toujours. La douleur spontanée est plus rare. Les malades éprouvent plutôt une sensation de gonflement, de lourdeur, supportent mal la pression d'un corset ou d'une ceinture, souffrent quelquefois d'un point de côté lorsqu'ils veulent courir ou monter rapidement les escaliers.

La dureté du foie à la palpation est variable.

Dans certains cas, le foie semble mou, rénitent et diminue rapidement de volume sous l'influence du traitement, c'est là un signe favorable : au contraire, s'il est dur et ne régresse pas, ou peu, le pronostic sera plus sévère.

Les symptômes subjectifs sont plus variables.

Certains malades éprouvent facilement de l'oppression et des palpitations de cœur.

Les troubles digestifs sont constants : ils consistent dans un dégoût prononcé pour les corps gras, qui d'ailleurs sont très mal digérés, moindre pour la viande et les féculents. Il existe presque toujours un certain degré de constipation, entrecoupé de périodes de diarrhée passagère, qui soulage les malades.

Les hémorroïdes sont fréquentes. Certains malades éprouvent surtout le matin, un état nauséeux, accompagné de pituite qui se renouvelle dans la journée et survient par crises.

D'autres ont de fréquents vomissements bilieux, surtout le matin et souvent ces vomissements sont très abondants. Du côté du système nerveux, on observe des insomnies, des céphalées, des vertiges, un caractère difficile, irritable.

Il survient des crises de torpeur cérébrale dont souffrent les études des enfants et pendant lesquelles ils sont accusés de paresse et d'inattention.

Du côté de la *peau*, on observe souvent un teint jaunâtre ou terreux, des taches pigmentaires, de la tendance à l'acné. Dans le jeune âge, on observe encore une tendance marquée aux épistaxis, aux angines et aux rhumes.

Nature et pathogénie.

Nous ne possédons aucune connaissance relativement à la nature des altérations des cellules hépatiques dans les cas que nous avons observés. Objectivement nos cas présentent beaucoup d'analogie avec ceux que M. Bouchard a observés dans la dilatation de l'estomac et cependant nos malades, dans la plupart des cas, n'avaient pas l'estomac dilaté. S'il est impossible de connaître les lésions anatomo-pathologiques du foie, nous pouvons du moins, par l'analyse des urines, savoir quelque chose sur son mode de fonctionnement.

Dans les cas où ces analyses ont pu être faites, nous y avons toujours constaté : Une diminution notable de l'urée, la présence de traces de peptones et d'albumine, sans cylindres rénaux.

Ce sont là des signes d'une insuffisance fonctionnelle du foie. Nous regrettons ici que les analyses d'urines n'aient pas été faites pour tous les malades et, à plusieurs reprises, que nous n'ayons pas pu rechercher d'autres signes de l'insuffisance hépatique, tel que la glycosurie alimentaire.

Nous nous rendons parfaitement compte de l'importance de ces lacunes, en même temps que de la difficulté de les combler.

Toutefois nous croyons bien que l'hypofonction du foie peut seule modifier le terrain organique dans le sens d'une déchéance et créer l'opportunité morbide.

Dans les cas où il y a hyperfonction du foie, l'organisme semble plutôt être dans un état opposé à la prédisposition tuberculeuse, comme dans la goutte, par exemple.

Le foie joue un rôle des plus importants dans les fonctions d'assimilation et lutte contre les toxines.

En état d'hypofonction, l'assimilation se trouve compromise et il n'est pas rare de voir des enfants dans cet état rester maigres, et avoir les chairs flasques, malgré l'abondance de leur alimentation et des fonctions digestives, en apparence, suffisantes.

Les toxines, cellulaires ou autres, ne sont pas suffisamment modifiées par un foie insuffisant et il survient, à la longue, un état d'intoxication générale ; une véritable déchéance de l'organisme qui constitue un terrain plus apte à contracter les maladies

infectieuses et plus particulièrement la phtisie. Nous disons la phtisie, plutôt que la tuberculose en général.

En effet, dans un grand nombre de tuberculoses externes que nous avons observées, nous n'avons constaté des engorgements du foie que dans un nombre tout à fait exceptionnel de cas. Et comme cet engorgement est beaucoup plus fréquent dans la phtisie, il faut qu'il y ait d'autres conditions qui favorisent cette localisation.

L'explication de ce fait peut résulter de ce que, dans l'hypofonction hépatique, certaines toxines sont éliminées par les voies pulmonaires et en diminuent la force de résistance ; ce n'est là qu'une hypothèse.

Ce qui est moins hypothétique, c'est la pression excercée sur la base du poumon droit par un foie gonflé et remonté.

Cette pression peut déterminer une congestion locale de la base du poumon droit, plusieurs fois constatée dans nos observatione et provoquer des troubles dans toute la circulation pulmonaire (obs. III, X et XIII).

Il est certain d'autre part que les engorgements du foie, agissant sur la circulation générale, et, surtout, sur la circulation pulmonaire, prédisposent aux hémorragies, soit par une modification de la crise sanguine, soit par un acte réflexe.

Ils peuvent ainsi donner lieu à des hémorragies, à des épistaxis et même à des hémoptysies.

En dehors de toute tuberculose même, nous avons observé cinq cas d'hémoptysies, dues à des engorgements du foie ; et ces observations remontent assez loin pour que la tuberculose doive en être absolument exclue. Ces cas se rapportent à des malades sanguins, de forte constitution et qui ne présentaient aucune prédisposition. Sur d'autres organismes, plus débiles, l'hémoptysie eût pu ouvrir la porte au bacille. Peut-être y a t-il là l'explication de certaines phtisies *ab hemoptoë* (Obs. X, XI et XII).

Au point de vue de leur tempérament, tous nos malades peuvent être considérés comme des arthritiques ou des descendants d'arthritiques.

Aucun d'eux ne présentait les caractères du lymphatisme ou de la scrofule. On sait combien les états congestifs du foie sont fréquents chez les arthritiques, et cependant, combien, parmi ces arthritiques hépatiques, ne sauraient être considérés comme des prédisposés à la phtisie.

Tout au contraire, même les arthritiques récents, gros mangeurs, souvent gros buveurs, à l'aspect floride, sont plutôt doués d'une certaine immunité contre les atteintes du bacille de Koch.

Chez eux, il n'y a pas hypofonction du foie. mais, au contraire, hyperfonction et, quand cette glande se congestionne, il faut attribuer cette congestion au surmenage.

Chez les hépatiques qui tendent vers la phtisie, l'engorgement du foie s'accompagne d'hyperfonction, d'insuffisance hépatique, que dénotent les symptômes cliniques et l'analyse des urines. Ici l'arthritisme a dégénéré sans avoir disparu. Nous entrons ainsi dans la grande question de la transformation des diathèses, si admirablement développée par Pidoux et que nous ne saurions discuter ici. Nous nous contenterons d'en citer un exemple :

Nous avons pu suivre pendant de longues années un malade, fils de goutteux, gros mangeur et même un peu buveur, goutteux lui-même, avec des accès bien francs de 25 à 30 ans. A cet âge, il devint hémorrhoïdaire et eût une angine glanduleuse. Deux ans après, il fut atteint de carie tuberculeuse du sternum d'abord, puis de la troisième côte gauche, suivies d'abcès froids.

Les derniers guérirent, quand survint une phtisie pulmonaire qui emporta le malade à 42 ans.

Il avait le foie gros, mais je ne saurais dire si l'engorgement de cette glande s'était produite avant l'éclosion de la tuberculose.

Cette question de l'insuffisance hépatique est bien obscure, surtout quand il s'agit de la petite insuffisance hépatique.

M. Tessier (1) a publié récemment un travail sur l'albuminurie hépatogène, dont il rapporte certains cas à l'insuffisance hépatique ; d'autre part, MM. Gilbert et Veill (2), ont observé des cas de diabète, qu'ils rapportent également à l'hypofonction hépatique.

Ils n'ont pas observé chez leurs malades de cas de tuberculose. Voilà donc, avec nos observations, des cas bien divers, attribués tous à l'insuffisance du foie:

Ces contradictions apparentes ne sauraient enlever leur valeur aux faits cliniques et peuvent trouver leur raison d'être dans l'état du terrain organique. Presque tous nos malades étaient, en effet, plus ou moins entachés d'héridité tuberculeuse, directe ou indirecte.

Traitement.

Le traitement des engorgements du foie varie peu et est très simple. Il consiste dans l'application de révulsifs sur la région du foie, dans l'antisepsie de l'intestin, un régime approprié et des règles d'hygiène.

1° *Révulsifs.* — Ils consistent, dans les cas légers ou quand on veut obtenir une action prolongée, en applications répétées de cataplasmes sinapisés, de teinture d'iode. Quand il faut obtenir une action rapide et plus énergique, on aura recours aux ventouses, sèches ou scarifiées, aux vésicatoires;

2° — L'antisepsie intestinale sera obtenue par l'administration de cachets de salol ou de naphtol ; mais comme ces médicaments sont le plus souvent mal tolérés, on réalisera encore bien mieux cette antisepsie intestinale à l'aide de laxatifs quotidiens et des grandes irrigations intestinales.

On prescrira le calomel, à petites doses de 5 ou 10 centigrammes, lorsqu'on veut obtenir une action rapide sur le foie ; mais ce médicament ne saurait être répété sans danger.

On aura recours alors à d'autres laxatifs, en choisissant de préférence ceux qui agissent plus directement sur la sécrétion biliaire, tel que le podophyllin, la rhubarbe, l'aloès, et surtout l'extrait de bile de bœuf décoloré, à la dose de 20 à 30 centigrammes.

Nous n'avons jamais obtenu d'effets utiles par l'emploi de petites doses de salicylate de soude, mais les sulfates de soude ou de magnésie, déshydratés à une chaleur douce, nous ont paru, le plus souvent, très utiles, à la dose de 5 a 10 grammes, pris tous les matins. Ainsi deshydratés, ces sels perdent beaucoup de leur action irritante.

3° — Le régime joue un rôle très important. D'une manière générale, le malade doit éviter tous les aliments contenant des toxines, par conséquent, tout ce qui est conserve, de quelque nature qu'elle soit : les poissons, les coquillages, les viandes noires.

Toute boisson alcoolique doit être proscrite de même le café et le thé, que nous remplaçons par des infusions de feuilles de boldo.

Le lait et tous les aliments frais, préparés à base de lait : crèmes, fromages frais, les viandes blanches, les purées de légumes, les féculents quand ils sont digérés, les fruits

(1) *Semaine méd.*, 1899, p.
(2) *Semaine méd.*, 1899, p. 385.

cuits et surtout les œufs, doivent être permis dans la limite des forces digestives du malade.

Un phtisique doit toujours être alimenté et suralimenté, autant qu'il est possible. Mais il faut s'entendre.

On ne peut vraiment songer à administrer largement à un phtisique hépatique des viandes saignantes, pour les quelles il éprouve du dégoût et des vins généreux qui lui brûlent l'estomac ; et cependant il doit être alimenté à tout prix.

Le mieux est de commencer à supprimer toute alimentation, sauf le lait, qui, lui-même, sera encore rigoureusement dosé. Au bout de peu de jours, le malade réclamera d'autres aliments, qui lui seront progressivement accordés, mais toujours désignés et dosés par le médecin et non abandonnés à son choix.

En maintenant le malade dans de sages limites on arrive plus rapidement à lui administrer peu à peu, une alimentation très copieuse, une véritable suralimentation. On arrive à lui accorder tous les aliments indiqués plus haut, auxquels on ajoutera journellement un nombre plus ou moins considérable d'œufs entiers, crus ou simplement chauffés, ou seulement le jaune de l'œuf. Il n'est pas difficile d'administrer, en surplus de l'alimentation normale du malade, 8 ou 10 œufs, ou jaunes d'œufs. Pour ces derniers, nous avons plus souvent dépassé le chiffre de 20, en les administrant simplement dans une cuillère, avec du sucre en poudre, ou dans un peu de café noir, léger.

L'eau de Vichy sera administrée, pure ou dans du lait, par demi-verres à la fois, 3 ou 4 fois par jour. Elle exerce une action stimulante sur le foie, favorise la digestion et diminue l'excès d'acidité que présentent souvent les urines des malades.

Dans un de nos cas, le traitement hydro-minéral alcalin de Pougues nous a donné un excellent résultat.

Sans vouloir généraliser le traitement alcalin dans la phtisie des hépatiques, il y a des cas, cependant, où il nous semble pouvoir être utilisé ; quand les lésions pulmonaires sont tout au début, et que les accidents gastro-hépatiques dominent en quelque sorte, toute la symptomatologie. C'est là, une question de tact clinique, de faits particuliers, pour lesquels il ne saurait être posé de règle précise.

4° *Hygiène.* — Les préceptes habituels de l'hygiène ne doivent pas être négligés. L'aération doit être aussi complète que possible ; l'hygiène de la peau doit surtout être observée avec le plus grand soin. Nous prescrirons des lotions qnotidiennes sur tout le corps, avec de l'eau chaude alcoolisée et, quand les malades peuvent sortir, des douches chaudes, suivies de frictions énergiques.

5° *Opothérapie.* — Enfin nous croyons opportun de rappeler que, dans deux de nos observations les plus récentes, l'administration de lavements de suc hépatique nous a donné de bons résultats. Cette question, encore si récente, de l'opothérapie hépatique, a ainsi donné, entre les mains de MM. Gilbert et Carnot, des résultats pleins de promesses et mérite d'être étudiée plus à fond.

Les succès que cette médication nous a fournis, dans un nombre trop faible d'observations, pour être concluant, viennent cependant à l'appui de notre théorie de l'insuffisance hépatique, comme cause prédisposante de la phtisie.

J. Guerder.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le phosphore dans le rachitisme (*Therap. Monatshefte*, avril 1900). — Kassowitz répond à quelques objections que l'on a faites au traitement qu'il a institué pour la cure du rachitisme. Il n'y a pas lieu de craindre, quand on se sert de solutions au millième de phosphore dans de l'huile de foie de morue, que le phosphore se dépose au fond de la bouteille, ainsi que Raudnitz a cru l'avoir observé, car la solution au millième est fort loin du point de saturation. Le phosphore, d'un autre côté, ne s'évapore pas et on ne risque pas de donner aux rachitiques de l'huile ayant perdu tout ou partie du médicament actif, comme on l'a affirmé d'autre part.

La preuve de l'excellence de la méthode se trouve dans la statistique des hôpitaux de Vienne, dans lesquels, de 1881 à 1899, 95.088 cas de rachitisme furent traités par la méthode de Kassowitz. En présence de chiffres aussi considérables, il faut bien admettre que la méthode s'est répandue dans le public et qu'une foule de parents de la capitale et de la province viennent spontanément présenter leurs enfants dans les consultations viennoises. Il est résulté de cet état de choses un envahissement tel des services de pédiatrie, que l'enseignement clinique risque de succomber à la monotonie.

En résumé, l'auteur croit qu'il n'y a pas lieu de modifier en quoi que ce soit, les règles posées par lui il y a bientôt vingt ans.

E. Vogt.

Traitement des affections rhumatismales par l'iodate de soude (*Therap. Monatshefte*, avril 1900). — Otto a fait de nombreux essais avec la médication proposée par Ruhemann en 1896 pour la cure du rhumatisme musculaire aigu et chronique. L'iodate de soude n'a été utilisé que sous forme d'injections sous-cutanées d'une solution à 5 0/0 (une ou deux seringues de Pravaz à la fois) : on ne donna en même temps aucun médicament interne; dans quelques cas, on prescrivit des massages et des applications chaudes.

La solution doit être aussi fraîchement préparée que possible, car elle dégage au bout de peu de temps, de l'iode libre, ce qui rend les injections douloureuses. Celles-ci ont toujours été faites *loco dolenti* ; elles ne provoquent aucune sensation désagréable au moment même de l'intervention, mais au bout de peu de temps se manifeste une sensation de brûlure plus ou moins intense, qui dure vingt à trente minutes. Il arrive souvent, qu'à ce moment même la douleur rhumatismale tend déjà à diminuer.

La rapidité et la sûreté d'action de ces injections est si remarquable, que l'auteur se sert aujourd'hui uniquement de cette méthode pour la cure du rhumatisme musculaire. En général, une seule injection de 0,05 à 0,10 de substance active suffit ; il est rarement nécessaire d'en faire une seconde ou davantage.

Lorsqu'on envisage la lenteur d'action et les nombreux désavantages de toutes les méthodes ordinairement préconisées pour la cure du rhumatisme musculaire, on ne peut que se féliciter de posséder une médication aussi facile à appliquer et aussi prompte dans ses résultats.

Le nombre des cas traités par l'auteur se monte à une soixantaine : il n'a été enregistré aucun insuccès.

E. Vogt.

Le traitement chirurgical et le traitement électrique de la maladie de Basedow, par E. Bonardi. (*Il Morgagni*, p. 109, février 1900). — Bonardi s'élève contre le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Il considère comme dangereux l'ablation d'un organe dont les fonctions sont encore imparfaitement connues et dont l'ablation chez les animaux détermine des lésions diverses des centres nerveux, des racines spinales et des nerfs.

La résection du sympathique cervical, a ses dangers, comme la thyroïdectomie.

Celle-ci peut être suivie de l'apparition des troubles nerveux les plus graves : tétanie, aliénation mentale qui peuvent avoir la mort pour conséquence.

Bonardi aux interventions chirurgicales préfère le traitement électrique par la méthode de Vigouroux (faradisation du sympathique cervical); à ce traitement on joint de précieux adjuvants, notamment le massage et le repos absolu au lit.

G. Lyon.

Démorphinisation, par Gilles de la Tourette (*Journal de Médecine interne*, n° 4, p. 601, 1900). — Trois méthodes sont à la disposition du médecin : la *suppression brusque* préconisée par Lewinstein; la *méthode rapide*, de Erlenmeyer et une *méthode lente*, employée quelquefois par Charcot et Ball, mais rarement applicable.

La méthode rapide est la meilleure des trois; les détails de son application varient suivant le degré de l'intoxication morphinique. On ne traitera pas de la même façon un sujet qui s'injecte 30 centigrammes et un sujet qui est arrivé jusqu'à plusieurs grammes.

En règle générale, d'après Gilles de la Tourette, les sujets qui ont été incommodés par leur première piqûre, qui ont eu des angoisses, des vomissements, sont aussi les sujets qui supportent le moins bien la démorphinisation.

La guérison ne peut être obtenue que si l'on a soin d'isoler, dans un établissement spécial, le sujet à démorphiniser.

Avant de commencer le traitement, il faut examiner l'état des divers organes, tant pour l'améliorer autant que possible que pour prévoir les accidents qu'entraînera la suppression de la morphine.

Si les urines contiennent de l'albumine, si le cœur est faible, les conditions du traitement sont désavantageuses, mais ne doivent pas y faire renoncer.

Par contre, il est absolument nécessaire de remettre en bon état l'appareil digestif; le régime lacté, puis une alimentation substantielle sous un petit volume et des laxatifs conduiront à ce résultat.

On n'oubliera pas non plus de rechercher les autres intoxications surajoutées à celles de la morphine, intoxication par l'alcool, par le café, par la cocaïne et même par la caféine et la spartéine. Ces intoxications seront supprimées d'emblée.

Pendant toute cette période de préparation, on aura soin de réglementer les piqûres; tout en prenant sa dose habituelle de morphine, le malade sera tenu de répartir les portions égales et de faire ses piqûres à des heures fixes.

Le malade étant bien préparé, on institue le traitement proprement dit : le premier jour, on supprime la moitié de la dose qu'il prend quotidiennement. En supprimant la moitié de la dose journalière, on supprime la ration de luxe, tout en conservant la ration d'entretien; aussi, le premier jour de la cure se passe-t-il avec assez de tranquillité.

Les jours suivants, on continue à diminuer les doses de façon à ce que la suppression soit complète en six jours au plus.

Au bout des premières vingt-quatre heures, les accidents éclatent : les sujets sont pris de vomissements opiniâtres, bilieux, qui renferment de la morphine. Ils ont une diarrhée noire, fétide, très abondante, jusqu'à quinze selles par jour; la sécrétion salivaire est exagérée, et même les sécrétions des glandes prostatiques et vulvo-vaginales. Les sueurs sont profuses. Il faut combattre, non ces accidents, mais la dépression souvent extrême (choléra amorphinique) qui en est la conséquence.

Si l'état du cœur est satisfaisant, des frictions, des massages, des boules d'eau chaude seront suffisants pour maintenir le malade. Si l'angoisse s'accentue, si le pouls faiblit, si de légères syncopes se produisent, il faut pratiquer des injections sous-cutanées de caféine et d'éther. Enfin, si les syncopes se renouvellent et sont trop menaçantes, le seul moyen est de rendre la morphine à très forte dose.

La cure ne sera pas compromise par cette injection exceptionnelle, car après cette injection on diminuera la dose de moitié le jour suivant, et on procédera ensuite par doses régulièrement et rapidement décroissantes.

Chez quelques sujets se produisent des hallucinations au déclin et parfois des accidents hystériques (syncopes) qu'il importe de reconnaître car ils n'ont aucune gravité et ne nécessitent pas l'injection de morphine.

Il convient d'alimenter le malade pendant le traitement à l'aide de poudres de viande, de peptones fraîches, de boissons glacées, thé, café, grogs par petites quantités à la fois.

Le sixième jour, le malade entre en convalescence, mais pendant plusieurs semaines encore, il continuera à ressentir des douleurs dans les membres, des crampes, aura des vomissements, des diarrhées profuses par où le poison achève de s'éliminer. Il réclamera avec insistance la morphine, surtout la nuit, en raison de l'insomnie tenace qui le poursuivra. Le bromure de potassium sera utile pour combattre cette insomnie. Pendant la convalescence, on prescrira l'hydrothérapie; on instituera le régime lacté si les reins fonctionnent mal. On distraira le malade au moyen de la promenade, etc.

La convalescence dure un mois en moyenne et la durée totale du traitement, avec la période préparatoire, un mois et demi à deux mois.

On reconnaîtra la guérison au retour du sommeil, de l'appétit, des désirs sexuels.

La méthode de suppression brusque de Lewinstein ne saurait être conseillée en aucun cas, même quand le malade ne prend quotidiennement que quelques centigrammes de morphine.

La méthode de suppression lente est à employer chez les malades qui ne veulent pas absolument être traités par la méthode rapide. Elle donne des résultats médiocres et ne s'applique d'ailleurs qu'aux petits morphinomanes.

La base de la méthode, c'est la substitution de l'extrait thébaïque à la morphine. 2 centigrammes de l'extrait remplaceront 4 ou 5 centigrammes de morphine.

Le premier jour du traitement actif, on supprimera la moitié de la dose habituelle de morphine et on donnera en compensation des pilules de 2 centigrammes d'extrait thébaïque. Dans la suite, chaque fois que l'on diminuera la dose de la morphine, ce sera par fractions de 10 centigrammes, toujours remplacés par la quantité voulue d'extrait thébaïque. Mais cette diminution de l'alcaloïde ne sera pas faite quotidiennement.

On maintiendra une dose pendant plusieurs jours avant de la diminuer. Le mauvais côté de la méthode réside, non pas tant dans les inconvénients de l'emploi de l'extrait thébaïque (somnolence, constipation) que dans les accidents qui éclatent lors de la suppression de la dernière dose de morphine; en effet, ces accidents sont aussi intenses que ceux qui surviennent avec la méthode rapide. On a donc tout intérêt à employer cette dernière.

G. Lyon.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Cure radicale des grandes hernies ombilicales, par M. Sapiejko (de Kiew) (*Revue de Chirurgie*, 10 février 1900). — Le procédé de M. Lucas Championnière s'applique aussi bien aux hernies ombilicales qu'aux hernies d'une autre espèce. Pourtant il est des cas où la suture par étages est inapplicable, faute d'étoffe. C'est lorsque la hernie ombilicale se complique de *diastase des muscles droits*. A vouloir ramener au contact ces bandes musculaires, on risque de couper les tissus par excès de tension au niveau de chaque point de suture. La récidive presque immédiate est d'ailleurs venue compromettre bien souvent la bonne renommée de cette variété de cure radicale. On peut donc recommander comme très progressiste, sinon définitif, le procédé suivant dû à M. Sapiejko. Il est basé sur l'empiètement des deux lambeaux droit et gauche l'un sur l'autre et peut se passer du rapprochement des muscles droits, quand celui-ci est impossible, au niveau de l'ombilic.

En voici les détails: Incision longue médiane, mise à nu de la ligne blanche. Décollement de la *peau et de l'aponévrose* en forme de surface ovale à grand diamètre transverse placé à l'ombilic (15 centimètres environ). Nous supposons la hernie traitée: il ne s'agit plus que de refermer le centre. On saisit le bord du lambeau péritonéo-aponévrotique d'un côté. Un aide fait saillir en pressant la surface interne, c'est-à-dire péritonéale, du côté opposé, et l'opérateur insère le lambeau de son côté, aussi profondément qu'il est raisonnable pour ménager le jeu des viscères abdominaux. Il suture par un surjet à fil perdu le lambeau qu'il tient sous la face péritonéale du lambeau opposé et cela de haut en bas, fermant ainsi hermétiquement la cavité abdominale.

Les points de suture ne sont pas entièrement perforants, mais ils prennent le péritoine et l'aponévrose sous-jacente. Le deuxième lambeau vient ensuite doubler le premier, en allant se fixer par une suture continue, également perdue, à l'aponévrose externe de l'abdomen, qui lui fait face, de manière à ce qu'il soit bien tendu devant ce double plan, que le péritoine interposé et même légèrement raclé, doit bientôt unir solidement. Il ne s'agit plus que de suturer la peau sur la ligne médiane. Or celle-ci, grâce à l'enlèvement du tissu cellulaire sous-cutané,

peut être rendue plus adhérente à l'aponévrose, qu'elle ne l'est généralement dans les laparotomies. Il s'ensuivra que le glissement des lambeaux profonds l'un sur l'autre sera mieux prévenu. On peut d'ailleurs, et il est bon de faire une résection bilatérale de la peau inutile avec sa graisse. Le résultat esthétique n'en est que meilleur. Cette résection est, suivant l'auteur, indifférente. Il n'en est pas de même de la résection étendue de l'aponévrose de la ligne blanche, comme dans le procédé de Condamin (omphalectomie). Dans ce dernier, on s'expose à avoir des sutures trop tendues, et la désunion, avec issue des anses intestinales, est venue souvent compliquer dangereusement l'intervention. Les tissus profonds sont utiles : il est légitime de s'en servir pour créer une large adhérence, qui remplace par sa solidité et son étendue le manque d'épaisseur. Le ventre est fermé, tel un gilet à deux pans croisés, recouverts d'un surtout boutonné au milieu. L'épreuve de la solidité de ce mode de fermeture a été faite dans l'observation de M. Sapiejko. Sa malade fut opérée en effet dans le quatrième mois d'une grossesse, qui se termina par l'accouchement d'un enfant à terme, remarquable par sa rapidité, eu égard aux grossesses antérieures.

Depuis, la guérison s'est bien maintenue. Deux points de pratique indispensables à observer : pendant deux semaines avant l'opération, il faut diminuer le volume de l'intestin et de la graisse abdominale par des purgatifs répétés et la diminution rationnelle de l'alimentation. Enfin, il est bon de drainer à l'angle inférieur de la plaie opératoire, afin d'éviter la rétention des liquides qui suintent sur la surface décollée.

A. Benoit.

De la métatarsalgie : traitement. par N. Giannettasio (*Revue de Chirurgie*, 10 février 1900). — D'une étude assez complète faite par cet auteur, il semble ressortir que la maladie de Morton est toujours aggravée, si elle n'est pas due à des compressions de filets nerveux au *niveau de la tête des métatarsiens*, principalement du quatrième où les collatéraux sont particulièrement divisés. La courbe transversale des métatarsiens est exagérée par la constriction des chaussures trop étroites ; par suite, les malades souffrent beaucoup des stations debout trop prolongées et se trouvent soulagés lorsqu'ils enlèvent leurs chaussures. Le *traumatisme* est aussi une cause constante. Ce point étiologique établi, la radiographie a permis de vérifier l'accroissement de volume de la tête métatarsienne voisine du point douloureux. Péraire et Mally ont d'ailleurs démontré que la lésion matérielle de la maladie de Morton est une *ostéite condensante* des têtes articulaires métatarso-phalangiennes. Le relâchement du ligament transverse du métatarse facilite la subluxation de ces têtes et la compression des filets nerveux voisins. L'auteur a observé une jeune fille qui a été délivrée de son mal par la désarticulation de l'orteil correspondant et la résection de la tête métatarsienne. La radiographie, en même temps que la mensuration au compas, rend l'utile service de faire découvrir quelle est la tête métatarsienne malade et de fixer, par conséquent, le lieu même de l'intervention chirurgicale qui est la seule ressource, après échec de tous les moyens.

A. Benoit.

Traitement des fractures. (*Société de Chirurgie*), 21 mars 1900. — MM. Delorme et Loison ayant soigné quantité de fractures, sont d'avis, contre l'opinion de M Tuffier, que la radiographie n'est pas indispensable pour obtenir des consolidations régulières. Les méthodes classiques et l'emploi des appareils amovo-inamovibles donnent toujours d'excellents résultats. La radiographie peut évidemment rendre, dans la thérapeutique des fractures, d'utiles services, à la condition de prendre deux radiographies perpendiculaires l'une à l'autre, condition indispensable pour avoir la direction réelle des fragments. M. Maxoury (de Chartres) s'est servi des rayons de Roentgen pour déterminer le siège exact d'un séquestre du fémur, dans un cas de périostite phlegmoneuse diffuse. Le résultat fut des plus précis, ainsi que l'atteste l'épreuve qu'il soumet aux membres de la Société de Chirurgie.

A. Benoit.

Tumeur gazeuse du cou. (*Société de Chirurgie*). — M. Guinard vient de faire l'extirpation d'une tumeur, moitié gazeuse, moitié liquide, développée dans le creux sus-claviculaire du côté droit et ayant acquis le volume d'une mandarine. Cette tumeur n'avait aucune connexion avec la trachée ; elle était complètement enkystée. La membrane d'enveloppe était pourvue d'un épithélium non vibratile. L'opérateur pense qu'il y a lieu d'accepter l'étiologie traumatique, fournie par l'examen de la malade, qui aurait eu ainsi un pneumothorax par effort. Il est difficile d'expliquer cependant pourquoi l'air n'a pas été résorbé dans le tissu cellulaire MM. Quénu, Berger, Reclus, d'après des faits semblables qu'ils ont observés penchent pour classer ce fait parmi les tumeurs du cou d'origine congénitale. Il peut y avoir eu au début communication avec les voies aériennes, ainsi que la présence d'une membrane épithéliale semble le faire croire.

A. Benoit.

Péritonite diffuse traitée par l'ébouillantage. *(Ibid)* M. Moty, après avoir réussi dans un cas de laparatomie pour appendicite, à arrêter le cours d'une péritonite diffuse, recommande de prendre le procédé suivant : lorsqu'on trouve du pus entre les anses intestinales, il faut l'absterger avec des tampons imprégnés d'eau bouillante et toucher ainsi rapidement les anses congestionnées. Plusieurs orateurs rappellent à ce propos que le procédé était connu de nos prédécesseurs. En effet, Desprès lavait les anses d'intestin étranglées à l'eau bouillante et s'en trouvait bien. Lister a recommandé anciennement d'employer les solutions antiseptiques très chaudes. Il ne faudrait pourtant pas dépasser 65° ; dans ces limites, tout médecin sera bien inspiré en soumettant à ce traitement des anses infectées, par exemple à la suite de plaies pénétrantes de l'abdomen.

A. Benoit.

Les tumeurs primitives des capsules surrénales et leur ablation opératoire, par Henry Morris (*British Medical Journal*, 11 novembre 1899). — Dans les cas de tumeurs primitives des capsules surrénales, l'opération donne une seule chance de survie ; elle doit être faite le plus tôt possible, à cause de la probabilité des métastases ou de la présence d'adhérences susceptibles d'accroître la difficulté de l'opération. En effet, quand la tumeur est adhérente au foie ou à la rate, les risques d'hémorrhagie sont très grands : quand elle adhère au diaphragme, la cavité pleurale ou le péricarde peuvent être ouverts. Quand la tumeur est librement mobile, son énucléation peut être faite sans risque ni difficulté.

On peut employer l'incision transpéritonéale dans certains cas ; dans d'autres, l'incision lombaire ; dans d'autres enfin, la combinaison de la méthode lombaire et de la méthode péritonéale, employée déjà dans les tumeurs étendues du rein.

1° Si la tumeur est large et très mobile, la meilleure voie est la voie transpéritonéale, L'incision selon la ligne semi-lunaire peut être combinée avec une courte incision à angle droit, soit en avant, soit en arrière, suivant les cas particuliers ;

2° Quand la tumeur est située en arrière du rein, quand elle est kystique et pas très volumineuse, la méthode lombaire est préférable. Si l'espace entre la dernière côte et la crête iliaque est rétréci, on devra exciser la dernière côte et porter l'incision en avant. Quand l'espace est suffisant, l'incision oblique ordinaire suffit largement pour l'énucléation d'une tumeur peu volumineuse ;

3° Quand le diagnostic est hésitant ou si la tumeur est volumineuse, fixe ou peu mobile, l'exploration doit se faire par l'incision de la ligne semi-lunaire. Si l'on procède à l'énucléation, on fait une incision lombaire qui facilite grandement l'énucléation de la tumeur par la plaie antérieure.

P. Sainton.

Trois cas d'injection sous arachnoïdienne de chlorhydrate de cocaïne d'après la méthode de Bier, par Poisson et Chavannaz. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 4 février 1900). — Les auteurs présentent des observations concernant l'emploi de la méthode de Bier dans les trois cas suivants :

Observation I. — *Hypertrophie de la prostate. — Prostatectomie sus-pubienne. — Curettage et cautérisation de la vessie.*

C. (Denis), soixante-six ans. Le 2 janvier 1900 après précautions antiseptiques, le malade étant placé dans le décubitus latéral droit, ponction sous-arachnoïdienne avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, en passant entre la quatrième et la cinquième lombaires. Il s'écoule à peine quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. Injection à l'aide de la seringue de Lüer de 0 gr. 015 de chlorhydrate de cocaïne.

Quatorze minutes après l'injection, cystotomie. La douleur est vive au moment de l'incision cutanée ; elle est encore marquée pendant la section aponévrotique, beaucoup moindre au moment de l'ouverture vésicale. Le malade se plaint pendant toute l'opération, et particulièrement lors des sutures musculaires et des sutures cutanées. Durée totale : trente minutes. Le malade n'a éprouvé ni céphalée, ni vertiges ; il a conservé toute sa connaissance ; la sensibilité à la piqûre au niveau des membres inférieurs n'a jamais disparu.

Obs. II. — *Tuberculose génito-urinaire. — Tuberculose pulmonaire. — Cystotomie. — Curettage et cautérisation de la vessie.*

C..., trente-six ans. Le 3 janvier 1900, ponction avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy, passant entre la troisième et la quatrième lombaires. Injection de 0gr025 de chlorhydrate de cocaïne. Au bout de six minutes, sensation de soif. La sensibilité au toucher est conservée, mais l'analgésie est complète au niveau de la verge. La sensibilité de la vessie à la distension n'est pas influencée ; avant comme après l'injection, le réservoir vésical ne peut recevoir que 10 grammes. Des vomissements se montrent à la douzième minute et persistent pendant les quatre minutes suivantes ; ils sont accompagnés de sueurs.

L'intervention est commencée treize minutes après l'injection. La section cutanée ne détermine aucune douleur. La vessie, un peu difficile à trouver en raison de son petit volume, est incisée, puis curettée. La muqueuse est cautérisée au thermocautère, puis écouvillonnée à l'aide de compresses trempées dans une solution de cyanure de mercure. Suture musculaire et cutanée. Durée totale de l'opération : trente minutes. Les différents temps de celle-ci n'ont déterminé aucune espèce de douleur, sauf les deux derniers points de suture de la peau.

Obs. III. — *Hernie crurale gauche. — Cure radicale.*

B... (Dominique), cinquante-sept ans. Le 5 janvier 1900, ponction, en passant entre la troisième et la quatrième lombaires. Le liquide céphalo-rachidien ne vient que par l'aspiration. On n'en laisse écouler que quelques gouttes. Injection de 0g025 de chlorhydrate de cocaïne. A la cinquième minute, sensation de soif. La sensibilité à la piqûre est recherchée au niveau des jambes, à partir de la neuvième minute. Cette sensibilité est conservée et se maintient jusqu'à la vingt-troisième minute.

A ce moment, voyant que l'anesthésie ne paraît pas augmenter notablement, on commence l'opération. La section cutanée est nettement sentie, et il devient bientôt évident que l'intervention ne saurait être continuée sans le secours de l'anesthésie générale. Celle-ci est alors obtenue à l'aide du chloroforme. L'action de cet agent n'a pas paru être modifiée par l'administration préalable de la cocaïne.

Ces trois observations démontrent, au moins, l'inconstance des résultats de la cocaïnisation médullaire. Peut-être l'échec consigné dans l'Obs. III est-il dû à la stérilisation par l'autoclave de la solution de cocaïne : dans les deux premiers cas, l'eau et le flacon furent seuls stérilisés.

En tous cas, la méthode ne pourra jamais être qu'une méthode d'exception.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la diarrhée, par J.-T. Moore (*Merck's Archives*, février 1900). — Dans la plupart des diarrhées le praticien a à combattre le processus de la fermentation, surtout dans les cas d'indigestion. Les conditions ambiantes et particulièrement la température peuvent avoir une grande influence sur la durée et l'intensité de la maladie, et amener des complications chez les enfants et les nouveau-nés.

Si le praticien était appelé à soigner le malade au moment où la fermentation est limitée encore à l'estomac, il pourrait espérer arriver à un bon résultat en supprimant la nourriture et en employant les antiseptiques solubles et les antifermentescibles ; malheureusement dans la plupart des cas, il n'est appelé qu'au moment où les bactéries se trouvent déjà dans la partie inférieure de l'intestin, à l'abri de l'action de tout médicament soluble. C'est dans ces occasions, que l'on est obligé de recourir aux antiseptiques et aux astringents dont les propriétés médicales ne se manifestent qu'en présence des alcalins.

Pour combattre la diarrhée, on emploie généralement le sous-nitrate de bismuth, le benzoate de soude, la résorcine et les salicylates.

L'attention de l'auteur fut attirée récemment sur un nouveau produit, la *tannalbine*.

Ce produit désigné comme étant totalement insoluble en présence des acides, et comme n'exerçant son action thérapeutique qu'en milieu alcalin, paraissait tout indiqué pour le traitement de la diarrhée. L'auteur résolut de l'essayer et n'étudia dans ses premières recherches, que les propriétés astringentes du produit. Pour ce faire, il prescrivit des mélanges complexes d'antiseptiques, en même temps que la tannalbine. Dès les premiers essais, il devint évident que le remède exerçait une action antiseptique, car l'addition de tannalbine aux antiseptiques augmentait leur action : cette constatation engagea l'auteur à employer la tannalbine seule.

Le résultat clinique fut aussi satisfaisant que celui qui avait été obtenu par le traitement combiné ; l'auteur se borne à enregistrer ce résultat sans essayer de l'expliquer théoriquement.

La tannalbine, employée dans de nombreux cas, la plupart dus à l'ingestion ou à des influences bactériennes, a donné des résultats très satisfaisants.

Dans un cas de gastro-entérite avec vomissements et diarrhée, l'auteur administra du sous-nitrate de bismuth et de la tannalbine à la dose de 0 gr. 75, toutes les trois heures.

Trois doses suffirent pour enrayer le mal.

Dans un cas de diarrhée bilieuse accompagnée de malaria, trois doses de 0 gr. 50 de tannalbine suffirent pour rétablir l'intestin et quelques doses de quinine enrayèrent la malaria.

Chez un enfant de 4 mois, ayant une diarrhée qui, le troisième jour, s'accompagna de vomissements. L'auteur prescrivit le premier jour, la tannalbine par doses de 0 gr. 25, toutes les trois heures, alternées avec 0 gr. 25 de sous-nitrate de bismuth et 0 gr. 02 de salol. Les doses furent espacées de quatre, cinq et six heures, à mesure que l'amélioration s'accentuait ; le lendemain l'enfant allait beaucoup mieux et le traitement fut supprimé le surlendemain.

Dans les maladies infectieuses aucun remède n'a donné des résultats aussi satisfaisants que la tannalbine, elle contribue à éviter les complications intestinales.

Dans différents cas de fièvre typhoïde caractérisée par des évacuations excessives la tannalbine a permis d'enrayer les accidents sans produire aucune irritation ; la tympanite s'est en même temps favorablement modifiée.

Dans deux cas de diarrhée, chez des phtisiques, le résultat fut aussi heureux que possible. La dose employée fut de 0 gr. 75 toutes les trois heures, ou de deux à trois fois par jour.

En résumé, la tannalbine paraît être un spécifique pour la diarrhée, comme la quinine l'est pour la malaria ou le mercure et ces iodures pour la syphilis.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Tympanite hystérique et tympanite neurasthénique, par Henry Bernard (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, n° 30, p. 229, 1900). — La tympanite hystérique présente trois formes qui peuvent d'ailleurs se succéder chez le même sujet : la tympanite généralisée, la tympanite localisée et les coliques hystériques.

La tympanite généralisée, constituée par un ballonnement étendu à tout l'abdomen, peut débuter brusquement ou peu à peu, l'augmentation de volume du ventre simulant alors celle d'une grossesse ou d'une ascite. La tympanite peut être passagère, durer seulement quelques heures ; mais, le plus souvent, elle est permanente et rebelle, persiste pendant des mois et des années, avec des intermittences. La guérison, ordinairement subite, est la règle ; elle se produit à la suite d'une émotion vive. La tympanite localisée peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, faire croire à l'existence d'une tumeur (tumeurs fantômes de Spencer Wells). Son évolution est la même que celle de la forme précédente.

Quant aux coliques hystériques elles s'accompagnent de borborygmes qui s'entendent de très loin.

Dans quelques cas la tympanite hystérique simule l'occlusion intestinale, elle s'accompagne de douleurs, de vomissements qui peuvent être fécaloïdes, elle peut aussi simuler la péritonite, dans ce cas le diagnostic sera facilité par la constatation d'un bon état général. Ce que l'on sait moins, c'est qu'il existe un péritonisme chronique simulant la péritonite tuberculeuse.

La grossesse hystérique est une forme fréquente de la tympanite hystérique. L'examen de l'utérus révèle sa vacuité et la chloroformisation fait disparaître la tumeur.

Quant aux cas qui simulent des tumeurs, leur diagnostic se fait par les circonstances étiologiques, l'apparition brusque et la disparition analogue de la tumeur.

La tympanite neurasthénique se manifeste par un état permanent de constipation et de ballonnement et par des accès dont la physionomie générale rappelle les crises de pseudo-occlusion des hystériques (ballonnement excessif du ventre avec renvois fréquents et bruyants, gêne de la respiration, cyanose de la face, douleurs abdominales très vives, etc.).

Le traitement de la tympanite hystérique doit être général et spécial. Le traitement général s'adresse au terrain, à la névrose elle-même, c'est le traitement commun de l'hystérie. Le traitement spécial s'adresse à la manifestation locale ; il reste le plus souvent sans effet, car, en règle générale, la tympanite est rebelle à tout moyen thérapeutique et disparaît spontanément.

On a employé l'isolement, la chloroformisation répétées, l'électrisation de la paroi abdominale, les enveloppements de l'abdomen dans un maillot humide et chaud, les bains chauds prolongés et aussi la suggestion. Verhoogen a guéri une de ses malades par l'application sur l'abdomen d'une couche de collodion coloré au bleu de méthylène.

Quant à la tympanite neurasthénique elle nécessite aussi l'application du traitement général de la névrose ; on pourra employer aussi les opiacés, la belladone, mais on se gardera d'avoir recours aux purgatifs qui auraient pour unique résultat d'augmenter le spasme et de provoquer des crises de pseudo-occlusion.

G. Lyon.

Les reliquats de la grippe. — Les névralgies et leur traitement, par Capitan (*Médecine Moderne*, n° 24, p. 189, 1900). — Contre les névrites employer les massages, l'électrisation (courant continu de 8 à 10 milliampères ou faradique très faible) à raison de deux séances par jour ; lotions locales avec une éponge bien imbibée d'eau salée très chaude. Enfin, une à deux fois par jour, une cuillère à café de la solution :

Eau distillée	50 grammes
Sulfate de strychnine	0 gr. 1

Contre les névralgies, si le salicylate de méthyle pur n'est pas toléré, appliquer *loco dolenti* la pommade suivante :

Vaseline	ãã 15 grammes
Lanoline	
Gaïacol	4 grammes
Salicylate de méthyle	3 —
Menthol	1 —

et recouvrir de taffetas gommé.

Prescrire toutes les trois heures, sans dépasser 4 à 5 par jour, un des cachets suivants ;

Phénacétine	0 gr. 10
Acétanilide	0 gr. 10
Antipyrine	0 gr. 25
Chlorhydrate de quinine	0 gr. 15
Salophène	0 gr. 50

Enfin, prescrire une injection de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Antipyrine	7 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
Sulfate de spartéine	0 gr. 40
Eau distillée QS. pour volume total de	20 c.c.

L'injection sera faite profondément dans l'épaisseur d'un muscle de la région ou du siège la névralgie.

G. Lyon.

Ophtalmologie

Dr Koeff

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement opératoire de la myopie forte (*Revue méd. Suisse Romande*, 20 mars 1900). — Le travail de de Speyr concerne un sujet qui a été extrêmement discuté depuis quelque temps ; l'auteur a eu l'occasion d'opérer lui-même un certain nombre de cas au cours des deux dernières années.

Il rappelle d'abord que des myopies de 10 dioptries et au-delà ne sont nullement rares et tendent même à devenir de plus en plus fréquentes. Les inconvénients et même les dangers d'une myopie de 15 à 20 dioptries sont nombreux. Les myopes à ce degré peuvent presqu'être considérés comme des aveugles, dès qu'ils sont privés de leurs lunettes et il y en a même beaucoup qui ne supportent pas les verres fortement concaves qui leur permettraient de voir à une certaine distance. L'acuité visuelle, même corrigée, se trouve pour ainsi dire toujours réduite à quelques dixièmes de la normale. La myopie forte est, du reste, presque toujours progressive et ses progrès entraînent souvent des complications les plus graves, telles que les choroïdites de la région maculaire et le décollement de la rétine. Ce dernier accident vient souvent abolir brusquement la vue des myopes et il est d'autant plus redoutable que la thérapeutique se réduit à bien peu de chose.

On avait remarqué que des individus d'une myopie d'environ 11 ou 12 dioptries, atteints et opérés de cataracte sénile pouvaient après l'opération se servir de leurs yeux, sans verres convexes, du moins pour la vision à distance, la réfraction après l'extraction de la cataracte étant devenue emmétrope et ayant subi une diminution de 11 ou 12 dioptries. Ce fait d'observation a engagé Mooren, le célèbre oculiste de Dusseldorf, à créer une cataracte chez les myopes, afin de transformer, par l'extraction de cette cataracte la myopie en emmétropie. Dans sa première tentative, Mooren échoua et son idée ne fut reprise que beaucoup plus tard, en 1891 par l'oculiste autrichien Fukala, si bien que l'opération de la myopie s'appelle aujourd'hui couramment l'opération de Fukala. Bientôt les résultats obtenus engagèrent d'autres oculistes à suivre cette voie et actuellement cette opération est pratiquée dans tous les pays.

La méthode opératoire généralement employée, consiste en une discision du cristallin transparent avec l'aiguille. La pointe de l'instrument traverse la cornée et ouvre la capsule antérieure du cristallin ; l'humeur aqueuse y entre et provoque dans l'espace de quelques heures à quelques jours, une cataracte molle, totale et homogène. Dès que cette cataracte est complète, c'est-à-dire en moyenne après cinq à huit jours, on peut procéder à son extraction. On obtient souvent d'emblée une pupille noire qui cependant devient de nouveau plus ou moins opaque jusqu'au lendemain ou au surlendemain. Les restes se dissolvent, en général, peu à peu dans l'humeur aqueuse. La plupart des opérateurs ont dû, un ou deux mois plus tard, procéder à la discision d'une cataracte secondaire. Par hasard, l'auteur n'a dû avoir recours à cette nouvelle intervention que dans un seul cas ; il l'attribue à la solution d'iodure de

potassium qu'il prescrit toujours après l'opération et qui lui paraît favoriser incontestablement la résorption des masses corticales. L'emploi de l'iodure dans ces cas a été recommandé par Ascher, de Francfort s/M.

M. de Speyr n'a eu recours à la narcose qu'une fois, chez un garçon de 8 ans 1/2 : c'était le plus jeune de ses malades. L'âge moyen de ses treize opérés était de 17 ans 1 2. Neuf fois il a opéré l'œil droit et quatre fois l'œil gauche. Le degré de la myopie variait, chez deux des malades entre 6 et 24 dioptries. L'acuité visuelle avant l'opération était en moyenne de 0,3, donc un tiers de la normale; dans quatre cas elle n'était que de 0,2 et dans un cas de 0,5. La durée moyenne du traitement a été de trente jours.

M. de Speyr a pu constater que l'acuité visuelle en elle-même, sans parler de la différence de réfraction, a subi une amélioration notable dans la plupart des cas; elle est restée la même dans trois cas, mais au moins la myopie a été guérie. Dans un cas l'acuité visuelle a triplé, elle s'est élevée de 0,3 à 1. Deux opérés n'ont pas encore acquis une acuité visuelle définitive à cause d'une cataracte secondaire assez tenace.

Dans un de ses cas, M. de Speyr a constaté une *érythropsie* passagère, c'est-à-dire que la malade voyait pendant quelques semaines certains objets éblouissants, tels que la neige, en rouge, phénomène qui se rencontre quelquefois chez des sujets opérés de cataracte sénile. Il a du reste complètement disparu.

En résumé, la méthode doit être considérée comme un grand progrès, car elle permet aux opérés de voir sans lunettes. Il faut toutefois faire un choix parmi les malades, et observer les règles suivantes : opérer si possible avant 25 ans, car, à partir de cet âge, l'extraction complète est difficile; choisir les cas de 15 dioptries et au-dessus, à moins qu'on ne se trouve en présence d'une myopie franchement progressive. La choroïdite n'est pas une contre-indication : seules les taies cornéennes trop étendues doivent faire renoncer à l'intervention.

Dans la règle, il suffira d'opérer un seul œil ; le second ne sera opéré que sur le désir formel du malade et au moins six mois après le premier.

E. Vogt.

La dionine en ophtalmologie (*Deutsche med. Wochenschrift*, 22 mars 1900). — Greefe de Berlin a soumis la dionine à l'expérimentation : il constate qu'en instillant dans les milieux oculaires une solution de 10 à 20 0/0 ou en insufflant le topique en nature, on provoque une rougeur et un gonflement plus ou moins accentués de la conjonctive ; ces troubles s'étendent même souvent sur les paupières et les joues. Au bout d'une minute et demie, les accidents aigus disparaissent et font place à une sensation de pression durant une demie à vingt-quatre heures. L'accoutumance est marquée : pour obtenir ultérieurement la même stase lymphatique chez un sujet donné, il faut rapidement augmenter les doses. On observe parfois (40 fois sur 200 cas traités) de véritables crises d'éternuements : le cœur n'est pas influencé.

Dans les *kératites*, les *infiltrations* et les *taies de la cornée*, l'auteur a obtenu de bons résultats dans les cas anciens seulement. On ne saurait utiliser la dionine comme anesthésique quand il s'agit de procéder à l'extraction des corps étrangers de la cornée, le gonflement consécutif à l'instillation du topique faisant disparaître ceux-ci dans les replis du tissu œdématié.

La dionine ne présente pas d'avantages dans l'*opération de la cataracte* (éternuements, conjonctivites, etc.)

Dans les *conjonctivites catarrhales* anciennes, se compliquant de blépharite, l'accumulation de lymphe, provoquée par la dionine rend des services. Dans trois cas d'*épisclérite rhumatismale*, les douleurs cédèrent rapidement sous l'influence des instillations. Si on mélange à de l'atropine de la dionine, on obtient une action mydriatique beaucoup plus marquée qu'avec l'atropine seule.

Dans deux cas de *choriorétinite spécifique* la solution à 10 0/0, instillée trois fois par jour, provoqua une guérison tout à fait remarquable en deux mois. Dans deux cas de *décollement de la rétine*, la tension intra-oculaire diminua sous l'influence de la dionine.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Emploi des sachets à mercure et du mercolint (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, vol. LI, fasc. 3). — Schuster, d'Aix-la-Chapelle, commence par rappeler que la recherche du mercure dans les urines donne, sur un même sujet, des résultats fort différents suivant l'habileté du chimiste chargé de l'examen. Il ne faudrait donc pas trop se hâter de conclure à une absorption faible de Hg chez un malade soumis au traitement de

Welander (port de sachets de flanelle imbibés d'une préparation mercurielle), quand les urines ne contiennent que des traces infinitésimales de Hg.

Mais le nœud de la question n'est pas là : il s'agit de savoir si le traitement est vraiment efficace. L'auteur répond par l'affirmative, lorsqu'il s'agit de malades hospitalisés restant longtemps couchés, et dont la pommade hydrargyrique imbibant la flanelle est fréquemment renouvelée. S'il s'agit au contraire d'un malade non hospitalisé et vaquant à ses affaires, les vapeurs de mercure se condensent en gouttelettes sous l'influence de l'air ambiant, et l'absorption par l'arbre respiratoire des vapeurs émises par ces gouttelettes est fort problématique.

Le *mercolint*, tissu de coton ou de laine imbibé de Hg et fourni par l'industrie, constitue un grand progrès sur le procédé primitif de Welander. Ce dernier auteur a nié l'absorption de Hg par la peau, mais il est facile de démontrer son erreur. Si l'on enduit en effet d'onguent napolitain la cuisse d'un malade, que l'on recouvre rapidement la région traitée d'un tissu imperméable, qu'on frappe ensuite au moyen d'un battoir de bois pendant cinq minutes sur le pansement, et que l'on examine le lendemain les urines, la réaction hydrargyrique est positive.

Il est probable que le port de mercolint permet, en dehors de l'absorption pulmonaire, l'absorption cutanée dans une certaine mesure, et c'est ce qui explique en grande partie son efficacité : Blaschko a, du reste, réussi à faire disparaître une périostite du sternum par ce moyen.

Le mercolint provoque fréquemment de l'érythème hydrargyrique, quand on en applique un grand lambeau sur la poitrine. Il est donc préférable de faire porter deux lambeaux de moindre dimension, dont l'un s'applique sur la poitrine, l'autre sur le dos.

En résumé, la méthode offre de grands avantages pour le traitement courant, mais elle serait sans doute inefficace dans les cas où l'on recherche une action rapide, car l'absorption de Hg est toujours moins grande que lorsqu'on emploie les frictions.

E. Vogt.

Valeur à accorder aux injections de calomel dans le lupus par G. Verrotti, *Giornale internazionale delle Sienze Mediche.*, Fasc. 2, p. 49, janvier 1900. — Fournier s'appuyant sur l'issue favorable d'un traitement institué par lui, au moyen des injections de calomel, dans un cas de lupus, admit l'hypothèse que l'on devait accorder à ces injections une vertu curatrice.

Depuis sa communication (Soc. de Dermatologie, 11 juin 1896), un certain nombre d'observations de lupus traités par la même méthode, ont été publiées (cas de Missaglia, Truffi, Asselsbergs, etc.).

L'auteur relate de son côté quatre cas de lupus soumis aux injections intra-musculaires de calomel, provenant de la clinique du professeur De Amicis.

Les conclusions sont que les injections de calomel n'ont aucune action sur la lésion initiale, élémentaire, on observe seulement, dans quelques cas, une action sur les lésions secondaires, due aux modifications dans la vascularisation de la région.

D'autre part ces injections ont une influence générale mauvaise : elles déterminent l'abaissement de la richesse en hémoglobine, celui du nombre des globules rouges. Les cas de guérison publiés sont des cas où la part de la syphilis ne pouvait être exclue.

G. Lyon.

Emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des dermatoses de la face. (*Monatsh f. pr. Dermatologie*, 15 mars 1900). — L'acide pyrogallique se prête mal au traitement des affections cutanées de la face, car il teint celle-ci en noir et produit de l'érythème. Comment peut-on arriver à utiliser ce produit dans les cas (psoriasis grave, lupus erythémateux) où son emploi est indispensable ?

Leistikow recommande dans ces conditions de se servir comme véhicule du *filmogène* introduit en dermatologie par Schiff, de Vienne, liquide transparent, qui dissout facilement l'acide pyrogallique, et que l'on peut appliquer en badigeonnages sur la peau sans aucun inconvénient et enlever par friction, au moyen d'un linge humide. De cette façon, on peut faire le soir des applications topiques qu'on pourra faire disparaître sans le secours d'eau de savon : on sait que celle-ci favorise la pigmentation noire. Si l'on ne dépasse pas la dose de 2 à 5 0/0 de pyrogallol, on peut pendant des semaines continuer le traitement sans que la peau se pigmente : c'est à peine si l'on observe à la longue une légère teinte brune facile à dissimuler avec un peu de poudre. On reste de même à l'abri des érythèmes par ce procédé.

E. Vogt.

Guérison de l'ulcère variqueux et des eczémas de la jambe par la saignée (*Therap. Monatshefte*, avril 1900). — Dyes a proposé de pratiquer la phlébotomie au-dessus des ulcères variqueux, pour provoquer la guérison de ces derniers : Bachmann donne treize observations

relatives à l'emploi de cette méthode. Il faut inciser la varice la plus apparente, et laisser s'écouler de 150 à 350 grammes de sang. La plaie, pansée à la gaze iodoformée, met trois jours environ à guérir. L'eczéma chronique ou l'ulcère guérissent ensuite rapidement.

L'auteur n'a pas observé de récidives, le cas le plus ancien date de juillet 1897.

E. Vogt.

Mode d'action du naftalan (*Monatsh. f. pr. Dermatologie*, 1er avril 1900). — Unna a cherché à fixer exactement le domaine du naftalan en dermatologie. Les dermatoses graves, profondes, tenaces, les eczémas invétérés avec épaississement marqué de l'épiderme, le psoriasis, la furonculose, l'acné, plusieurs variétés de sycosis, le lupus sont réfractaires à l'action de ce topique, qui provoque souvent dans les cas de ce genre l'apparition des folliculites.

Au contraire, l'action faiblement réductrice, antiinflammatoire, anémiante, antiprurigineuse, sédative en un mot, du naftalan trouve son utilisation dans les cas où l'on a affaire à des territoires cutanés en état d'hyperexcitabilité (eczémas ayant résisté à des traitements énergiques antérieurs, dermatoses artificielles et surtout eczémas universels dégénérant en dermatite exfoliatrice grave). On sait que dans les cas de ce genre, seuls les topiques les plus doux sont indiqués (poudres, colles, vernis plutôt que pommades). L'oxyde de zinc, le soufre présentent une action trop siccative, l'onguent de Hebra ramollit et irrite les points malades. On en était jusqu'ici réduit, dans les cas de ce genre, à n'employer que quelques rares médicaments, tels que l'huile de lin, l'ichtyol, le thiol, le tuménol à doses très faibles sous forme de mélanges à base de vaseline : le naftalan constitue certainement un progrès dans ce domaine.

L'étude chimique du produit a démontré qu'il contient une quantité notable de savon, ce qui explique la facilité avec laquelle le naftalan se mélange à l'eau et le peu de résistance à l'absorption que lui offre la couche cornée superficielle. Cette constatation a incité Unna à préparer une sorte de naftalan artificiel, en incorporant à de la vaseline 1 0/0 de stéarinate de soude et 0,50 à 2 0/0 de pyraloxine. Ce mélange, comparé au naftalan, s'est montré identique comme action quand la dose de pyraloxine ne dépasse pas 1 0/0 : si on augmente cette dose, l'action antieczémateuse devient supérieure à celle du produit naturel. Il est certain que les deux topiques ne sont pas chimiquement identiques, mais on peut arriver, en surchauffant le mélange artificiel privé de sa pyraloxine, à obtenir après refroidissement un produit qui ressemble à s'y méprendre au naftalan et coûte beaucoup moins cher. L'auteur le désigne sous le nom de *vaselinum adustum saponatum*. Les indications thérapeutiques sont identiques (eczémas traités au moyen de divers topiques et enflammés, pityriasis rubra, etc.). On peut toujours, si l'on désire renforcer l'action antieczémateuse, rajouter 1 à 5 0/0 de pyraloxine à ce naftalan artificiel.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité

Sur la valeur de l'opération d'Alexander, dans la rétroversion utérine mobile (*La Clinica chirurgica*, décembre 1899), par G. Rongaglia. — Il s'agit de 58 opérations d'Alexander, dont 44 datant de six mois à neuf ans, qui inspirent à l'auteur les conclusions suivantes :

1° L'opération d'Alexander est facile à exécuter ; elle est exempte de tout danger, ne donne pas de mortalité et ne produit pas de dystocies dans les accouchements successifs. On peut facilement éviter les hernies qui suivent l'opération ;

2° Elle se borne à des effets orthopédiques, qui donnent des résultats supérieurs à ceux obtenus par d'autres opérations semblables, et particulièrement par la vagino-fixation. Elle vaut mieux que le pessaire, car tandis qu'elle soutient, d'une manière prompte et durable la déviation, le pessaire, au contraire, exige plusieurs mois de traitement, sans résultats certains ;

3° Elle ne peut pas guérir les affections inflammatoires de l'endomètre, qui doivent être traitées par les moyens chirurgicaux communs ; même, à ce point de vue, l'opération d'Alexander donne ses meilleurs résultats, quand les lésions utérines sont peu graves. Au contraire, si elles sont plus marquées, l'opération ne doit se faire que quand les lésions sont presque guéries.

4° Associée aux opérations plastiques cervicales, vaginales et périnéales, elle constitue l'opération complémentaire la meilleure pour le traitement des prolapsus vagino-utérins, compliqués de retrodéviation, chez les femmes encore jeunes.

R. Blondel.

Traitement des hémorragies utérines (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 mars 1900). — Ostermann limite volontairement son travail au

traitement de la métrorrhagie en elle-même, sans tenir compte de l'étiologie.

La plupart des médicaments anti-hémorragiques internes exercent une influence nocive sur le tube digestif, à l'exception peut-être du gossypium, dont le goût n'est pas désagréable et l'effet prompt, mais trop court. La stypticine, parmi les produits nouvellement recommandés, présente le même avantage et le même inconvénient. En résumé, tous les médicaments internes sont d'effet peu sûr et l'on a depuis longtemps cherché à suppléer à leur action par le traitement local. Les topiques intra-utérins doivent pouvoir être utilisés d'une façon répétée sans pour cela provoquer d'irritation, ce qui est difficile à obtenir. Si les annexes sont atteintes, on ne saurait recourir à eux et ils sont dans les autres cas souvent inefficaces. Les mêmes remarques s'appliquent à l'électrothérapie.

Il existe cependant un médicament qui présente une action véritablement énergique dans les cas de métrorrhagies et peut même être employé dans les cas où existe une inflammation des annexes concomitante, pas trop ancienne. Il s'agit du mélange d'antipyrine et de salol recommandé par Labadie-Lagrave, en 1895, avec cette modification au traitement de l'auteur, que le mélange doit être appliqué aussi chaud que possible. On procédera donc de la façon suivante :

On introduit dans un tube à réactif un mélange de parties égales d'antipyrine et de salol, puis on chauffe à la lampe à esprit de vin, jusqu'à ce que le tout soit fondu et prenne une teinte brune et une consistance sirupeuse ; on prépare à l'avance plusieurs petites tiges en aluminium, coiffées d'une mèche d'ouate : une première tige introduite à sec, sert au nettoyage de la cavité utérine, les suivantes sont trempées dans le liquide encore très chaud et introduites ensuite : on fait avec elles un écouvillonnage que l'on peut répéter une ou deux fois.

Les cas traités (au nombre de 30) ressortissent pour la plupart à des métrorrhagies venant compliquer l'endométrite. Dans plusieurs cas existait en même temps de la pelvipéritonite, de la rétroflexion, etc., dans d'autres, il s'agissait d'hémorragies dépendant de l'état puerpéral.

Dans un quart environ des cas, un curettage avait précédé depuis un laps de temps variable, l'application du topique. Même dans les cas où existaient des fongosités (récidives), le traitement se montra fort efficace.

Il va sans dire qu'en cas de ménorrhagie, on n'interviendra qu'au bout de quelques jours. Si les pertes sont très abondantes, le nettoyage préalable avec l'ouate sèche est de peu d'utilité, il peut même faire saigner davantage.

Dans beaucoup de cas, il a suffi d'une seule application pour enrayer l'hémorragie : parfois, le suintement se continue pendant quelques jours, mais d'une façon modérée pour disparaître ensuite. Dans beaucoup de cas aussi une ou plusieurs interventions nouvelles furent nécessaires (trois à cinq jours après la première)

Les malades ne ressentent des douleurs après l'application que dans les cas où l'écouvillonnage a été pratiqué trop énergiquement ou lorsque le liquide était trop chaud.

Dans le mélange, c'est l'antipyrine qui représente le principe actif, mais si on essaye de l'employer seule, on n'obtient pas d'aussi bons résultats : le produit fondu se coagule alors au moment même où il touche la muqueuse utérine. Si on essaie le salol seul, on constate qu'il ne possède qu'une action excitante des contractions des fibres lisses, et que le produit fondu, trop liquide, s'écoule rapidement hors de la cavité utérine.

É. Vogt.

Vulvite de la vaginite, par L. Dandois (*Rev. de Louvain*, n° 1, 1900). — La vulvite est aisée à reconnaître ; il suffit d'écarter les grandes lèvres pour apercevoir non seulement la sécrétion spéciale, mais le gonflement, la rougeur et les érosions de la muqueuse ; il y a souvent en même temps de l'érythème ou une sorte d'eczéma de la face cutanée des grandes lèvres et de la peau du voisinage ; souvent aussi, on peut déjà s'apercevoir à l'aspect normal de la muqueuse vaginale, à l'absence de sécrétions venant des parties supérieures, que la vulvite existe isolément.

La vulvite existe surtout à l'état isolé chez les enfants, l'hymen servant d'obstacle à la propagation d'infection ; on sait maintenant qu'un grand nombre de ces vulvites sont dues au gonocoque, non pas qu'elles relèvent le plus souvent de tentatives criminelles, ainsi qu'ont conclu souvent à tort des expertises médico-légales : elles résultent communément de contaminations accidentelles par le doigt ou un linge souillé de sécrétions blennorrhagiques, provenant de la mère ou de l'entourage.

La vulvite blennorrhagique n'est pas rare non plus à l'état chronique chez les adultes, parce que l'urèthre, si souvent contaminé par le gonocoque, déverse ses produits dans cette région, et parce que les grosses glandes de la région, surtout celles de Bartholin, servent volontiers d'abri à ce microbe,

La nature gonococcique de la vulvite se reconnaîtra d'après les circonstances dans lesquelles elle a éclaté — ainsi, à la suite d'un coït, particulièrement du premier coït, comme chez beau-

coup de jeunes femmes contaminées dès leur voyage de noces — puis, à l'état aigu qui a précédé : douleurs vives surtout pendant la miction, phénomènes inflammatoires violents, écoulement du pus verdâtre.

La découverte du gonocoque résoudra naturellement le problème, mais dans les cas chroniques, on ne le découvre pas facilement, et l'on ne peut se fier à une épreuve négative.

Dans les cas douteux, la coexistence d'une uréthrite ou d'une bartholinite aura une grande importance pour assurer l'origine blennorrhagique de l'écoulement.

Le traitement de la vulvite blennorrhagique est en somme celui bien connu de la blennorrhagie; il a, semble-t-il, d'autant plus de chances de réussir, que le siège de la lésion est facilement accessible; c'est d'abord le permanganate de potasse en badigeonnages ou en injections: la muqueuse génitale supporte des doses plus fortes que l'urèthre : 1 à 2 p. 1/000 au moins.

M. Dandois recommande aussi le nitrate d'argent en badigeonnage de 2 à 5 0/0 : la douleur provoquée est modérée et du reste, il n'y a pas lieu de songer à faire au préalable un badigeonnage à la cocaïne, car le sel d'argent précipite au contact de la cocaïne.

Le protargol est mieux toléré que le nitrate d'argent, mais il n'en a pas l'efficacité et il est plus coûteux : 2 à 5 0/0 également,

Mais, si l'on veut guérir la vulvite blennorrhagique, il ne faudra pas oublier de détruire les foyers où se cantonne volontiers le gonocoque, l'urèthre, la glande de Bartholin; la bartholinite et la suppuration des glandes muqueuses de l'orifice vulvaire ne guérissent d'ordinaire que par l'application du crayon de nitrate d'argent dans les conduits, après discission de ceux-ci : l'anesthésie à la cocaine pourra être utilisée pour cette petite opération.

Chez les enfants et les grandes personnes, le défaut de soins de propreté contribue également à provoquer des vulvites ; l'irritation est produite par le contact de l'urine ou des sécrétions sébacées fermentées ; les femmes chargées d'embonpoint sont particulièrement sujettes à l'érythème des grandes lèvres, vulgairement désigné sous le nom d'échauffement, surtout en été, après des marches forcées.

Le traitement des vulvites non gonococciques est très simple ; abstraction faite du traitement général chez les enfants lymphatiques et des moyens dirigés contre les oxyures, ce seront surtout des soins extérieurs de propreté : lotions au savon suivies de l'application de poudres absorbantes, amidon, talc, fleur de zinc, lotions à l'eau blanche. Je prescris d'ordinaire en même temps une pommade à l'oxyde de zinc ou la pâte de Lassar sur la peau voisine. En application sur la surface cutanée, ainsi que la surface muqueuse, le nitrate d'argent est très efficace dans les cas rebelles.

Vaginites. — Contrairement à l'opinion reçue, la vaginite est d'une rareté excessive ; on peut s'en convaincre en examinant au spéculum la muqueuse dans les cas de leucorrhée : elle n'apparaît presque jamais gonflée, rouge, érodée, comme se présentent les muqueuses enflammées.

La vaginite blennorrhagique en particulier est exceptionnelle : on a même prétendu, mais à tort que la muqueuse vaginale était impropre à la colonisation du gonocoque, à cause de la nature de l'épithélium qui est pavimenteux, de la réaction acide du milieu et de la concurrence vitale des nombreuses bactéries qui pullulent dans le vagin à l'état normal.

Quoiqu'il en soit, voici le résultat de 600 examens bactériologiques pratiqués par le Dr Loser sur les sécrétions recueillies à la surface des diverses muqueuses génitales chez des prostituées :

Sur 353 échantillons provenant de l'urèthre, il a trouvé le gonocoque 112 fois : sur 180 provenant du vagin, 7 fois : sur 67 provenant du col utérin, 31 fois.

D'après les recherches concordantes de Steinschneider, dans la blennorrhagie chez la femme, l'urètre est l'organe le plus fréquemment atteint. puis vient la muqueuse du col utérin ; longtemps après avoir disparu de l'urèthre, les gonocoques se retrouveraient encore dans le col ou dans le corps utérin et leur présence dans les sécrétions vaginales serait toujours due au mélange avec les sécrétions de l'urètre ou de l'utérus.

En ce qui concerne le traitement, étant donné la rareté des vaginites proprement dites, on comprend que les injections vaginales, invariablement prescrites en cas de leucorrhée, n'on le plus souvent qu'un effet illusoire ; elles n'ont d'autre résultat que d'entraîner les sécrétions accumulées dans le vagin.

Dans bon nombre des cas où elles sont prescrites, les injections vaginales rentrent simplement dans les soins de propreté et n'ont qu'une action mécanique ; aussi, la nature du liquide injecté est le plus souvent indifférente.

Toutefois, les injecions vaginales légèrement modificatrices ont une certaine utilité dans le groupe des leucorrhées symptomatiques d'un état général mauvais, de la maladie d'un organe éloigné ; ces leucorrhées ont leur source principale dans le vagin et les injections interviennent concurremment avec le traitement causal, outre qu'elles sont ordinairement réclamées par les malades.

Parmi les liquides les plus recommandables à cette fin, il faut citer en premier lieu la solution de bicarbonate de soude (1 à 2 cuillerées à soupe par litre d'eau); elle a l'avantage de supprimer l'acidité des sécrétions, qui souvent excessive en pareil cas, entretient l'irritation du vagin et de la vulve; disons de nouveau que cette acidité est considérée comme une cause fréquente de stérilité et qu'il y a de ce chef une indication spéciale à l'emploi du bicarbonate de soude. La solution boriquée a une vogue immérité pour les injections vaginales (solution à 2 ou3 0/0 ; une cuillerée à soupe par litre) : on oublie trop que l'acide borique est un antiseptque très faible et un modificateur peu énergique des muqueuses enflammées; il est dépourvu de toxicité et ne provoque aucune sensation désagréable, mais le bicarbonate de soude a les mêmes qualités, et en outre, il est plus actif et plus économique.

Si l'on veut recourir à une injection antiseptique, on aura soin de se servir de solutions faibles et de produits non toxiques, les injections au sublimé à 1 0/00, à l'acide phénique à 2 0/0 ne conviendront pas pour un usage indéterminé, car à la longue, elles pourraient provoquer des phénomènes d'empoisonnement; elles ont d'autres inconvénients du reste, la solution phéniquée son odeur, son prix élévé, la solution au sublimé, la sensation de sécheresse de la muqueuse vaginale qu'elle provoque.

Les solutions de lysol ou de solvéol 1/2 à 1 0/0; une ou deux cuillerées à café par litre d'eau) sont bien plus recommandables, à cause de leur caractère onctueux, de leur péu de toxicité, de leur faible odeur et de leur bas prix.

Parmi quelques substances également utilisables, mais qui ne sont plus guère en vogue, citons le sulfate de zinc ou l'acide tannique (une cuillerée à soupe par litre) l'acide pyroligneux, (deux cuillerées à soupe),

Dans ces derniers temps, on a préconisé le formol (une cuillerée à soupe du produit commercial) et le chlorure de chaux; ce dernier produit est peu coûteux et il mérite d'être recommandé.

Toutes ces injections doivent être employées tièdes, à la température de 28° à 32° C; les injections chaudes ue sont pas indiquées du chef de la leucorrhée ; leur but, outre celui de combattre les hémorragies, est d'agir non pas sur la muqueuse, mais sur le muscle utérin, en cas de métrite parenchymateuse ou d'involution défectueuse, ou bien de provoquer la résorption d'engorgements périutérins; toutefois, les injections chaudes, en améliorant ces diverses affections, peuvent exercer indirectement une influence avantageuse sur la leucorrhée qui les accompagne ; c'est dans les mêmes circonstances que les tamponnements vaginaux et les ovules à la glycérine, à l'ichthyol, etc., sont indiqués. Les tampons ou les ovules glycérinés ont néanmoins un effet direct, assez heureux, dans la leucorrhée utériue, en ce sens qu'ils provoquent par dialyse l'évacuation complète des sécrétions pathologiques hors de la cavité du col et du corps utérins.

Dans la pratique, les injections vaginales sont rarement faites dans de bonnes conditions: pour bien faire, la femme se placera dans la position horizontale, et gardera cette position après l'injection pendant un quart d'heure environ, afin de prolonger l'action de la solution sur la muqueuse.

Il va de soi, que, pour faire une injection qui agisse sur toute la surface du vagin, il faudra déplisser le conduit au moyen des doigts ou d'une valve, ce qui nécessitera le secours d'un aide expérimenté.

Le traitement de la vaginite blennorrhagique comporte les irrigations au permangamite de potasse et le tamponnement à la gaze iodoformée, renouvelé tous les jours où tous les deux jours, précédé d'une irrigation au permanganate ou au sublimé.

Lorsqu'il s'agit de vaginites rebelles, blennorrhagiques ou autres, l'emploi de topiques énergiques est indiqué; l'application en sera naturellement confiée au médecin : il se servira alors d'un spéculpm cylindrique; comme les métaux sont attaqués par certains liquides usités le spéculum sera de préférence en verre étamé, en porcelaine, en caoutchouc ; il sera poussé directement au fond du vagin, puis retiré lentement afin quele liquide vienne successivement en contact avec tous les points de la muqueuse.

Il y a deux façons de faire : s'il s'agit de solutions de concentration moyenne, non caustiques, on en versera vne certaine quantité dans le fond du spéculum : par exemple, chlorure de zinc, de 2 à 5 0/0; nitrate d'argent, de 5 à 10 0/0: acide pyroligneux à diverses concentrations ou en nature : si, au contraire, les solutions sont très concentrées, caustiques en quelque sorte, l'application s'en fera au moyen d'un tampon d'ouate ou d'un pinceau promené sur la muqueuse: c'est ainsi qu'on agira, par exemple, avec la solution de nitrate d'argent, de 20 à 30 0/0; le nitrate d'argent est, à tout prendre, le meilleur topique en pareil cas.

Le Dr Likewitsch a préconisé les badigeonnages à l'acide lactique, 2 à 3 0/0, en se basant sur le résultat des recherches de Doderlein;

C'est pour les cas invétérés également qu'on a dernièrement recommandé la levure de bière.

R. Blondel.

Pédiatrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

L'obstruction nasale chez le nouveau-né, par CHAUVEAU. *Gazette hebdomadaire*, n° 28 p. 325, 1900. — L'obstruction est parfois déterminée par l'eczéma impétigineux situé autour des narines, et s'accompagnant d'un œdème des tissus et de croûtes qui viennent obstruer les narines, on devra commencer par faire tomber les croûtes en les enduisant de vaseline boriquée ; puis on nettoiera les parties malades, le plus souvent possible, toutes les deux heures au moins, avec un petit tampon d'ouate stérilisée, imbibée soit d'une solution de sublimé à 1/200, soit plutôt d'eau blanche ou d'eau d'Alibour étendue de 3 ou 4 fois son volume d'eau bouillie. Si la respiration nasale était rendue complètement impossible, on hâterait la guérison, en maintenant à demeure, dans le vestibule nasal, un petit tampon imbibé des solutions précitées.

L'impétigo étant très souvent causé, ou au moins entretenu par l'écoulement des sécrétions irritantes venues des parties profondes des fosses nasales ou du pharynx, il faudra toujours chercher s'il n'existe pas une lésion de ces parties (végétations adénoïdes, coryzas) et traiter ces lésions.

Dans le coryza aigu intense, il convient d'instiller trois fois par jour, dans chaque narine, en couchant l'enfant et en lui renversant fortement la tête en arrière, 3 ou 4 gouttes d'une des solutions suivantes :

1° Huile de vaseline...	40	grammes
Résorcine.....	1	—
2° Glycérine.....	30	grammes
Borate de soude....	5	—

Si l'écoulement nasal est très abondant, on introduira l'embout de la poire de Politzer dans une narine et on balayera ainsi les mucosités qui seront en partie chassées par la narine opposée, en partie expulsées dans l'arrière-bouche.

On se gardera de toute tentatives d'irrigation nasale, ce qui exposerait l'enfant à l'otite.

Dans le cas de coryza pseudo-membraneux diphtérique on s'abstiendra également de tout lavage et on se bornera à ramollir les fausses membranes avec un corps gras, en introduisant dans chaque narine une petite boulette de vaseline boriquée au 1/4 et en laissant l'enfant couché sur le dos, puis on administrera une douche d'air.

Contre le coryza pseudo-membraneux simple non diphtérique, on emploiera les instillations répétées trois fois par jour, dans chaque narine de 5 ou 6 gouttes de :

Glycérine.....	50	grammes
Biborate de soude....	10	—

On mouchera l'enfant, puis on insufflera une pincée d'un mélange à parties égales de sucre de lait avec une poudre antiseptique (iodoforme, salol, aristol).

Dans quelques cas, c'est un corps étranger qui obstrue les fosses nasales. Après cocaïnisation légère de la muqueuse, on ramènera le corps au moyen d'une tige métallique recourbée à angle droit, deux ou trois millimètres avant son extrémité. On ne cherchera pas à saisir le corps étranger avec une pince et on s'abstiendra des injections faites par la narine du côté opposé.

Dans le cas de coryza syphilitique outre le traitement local on prescrira le traitement général à l'aide de frictions de 1 gramme d'onguent napolitain.

Enfin les végétations adénoïdes ser t n-levées suivant les procédés couramment en usage.

G. LYON

Traitement des infections broncho-pulmonaires de l'enfance par le créosotal, par LOISEL. (*Normandie médicale*, n° 7, p. 121, 1900). — La tolérance par les voies digestives et le rein est excessivement rare.

La posologie est la suivante :

De la naissance à 1 an.	0gr25 à 1 gr.
De 1 à 4 ans.....	1 à 4 gr.
De 4 à 7 ans.....	4 à 5 —
De 7 à 10 ans.....	5 à 6 —

Ces doses seront prescrites dans une émulsion gommeuse de 60 gr. à prendre dans les vingt-quatre heures, en deux ou quatre fois, dans une tasse de lait chaud, afin d'en dissimuler la saveur légèrement désagréable.

Le Dr Loisel a utilisé le créosotal dans 10 cas et relate notamment trois observations de broncho-pneumonie où l'efficacité de la médication a paru certaine.

G. LYON.

Du tubage dans les laryngites de la rougeole, (*Société de Pédiatrie*, 13 mars 1900). — M. JOSIAS pense que le tubage donne des résultats déplorables et que la trachéotomie donne, au contraire, de bons résultats. MM. Richardière et Balthazard ont, au contraire, rapporté une statistique relativement heureuse de croups rubéoliques traités par le tubage.

Les résultats de M. Netter concordent avec ceux de M. Josias : en janvier et février 1896,

12 enfants de son service de rougeole ont été tubés, 12 sont morts; tous présentaient des ulcérations laryngées et 4 avaient même des abcès.

En présence de ces résultats, il a décidé de ne jamais laisser le tube plus de vingt-quatre heures dans le larynx des morbilleux, quitte à faire la trachéotomie si, au bout de ce temps, l'obstruction laryngée persistait. M. Netter a même ensuite adopté la trachéotomie d'emblée. La statistique globale de l'année est la suivante ; 15 tubages, 15 morts, 4 tubages suivis de trachéotomie secondaire, 2 morts; 9 trachéotomies primitives, 5 morts, dont 1 par accident opératoire.

Dans les laryngites suffocantes rubéoliques, la conduite à tenir lui paraît la suivante : retarder l'intervention le plus possible, user de pulvérisations, de préparations calmantes, d'éponges chaudes.

Quand l'intervention ne peut plus être reculée, recourir d'emblée à la trachéotomie.

M. Ausset déclare qu'il faut distinguer les laryngites du début et celles de la convalescence,

Dans ces dernières, qui sont presque toujours de nature diphtérique, il n'y a pas d'inconvénient à tuber, la muqueuse étant protégée par les fausses membranes fibrineuses. Au contraire, dans les laryngites du début, il faut tenir compte de la susceptibilité spéciale du larynx des rougeoleux ; ce sont souvent des laryngites spasmodiques ou œdémateuses : il faut temporiser le plus possible.

G. Lyon.

Traitement de la coqueluche par l'euquinine (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 1, 1900.) — D'après Guerenstein aucune substance thérapeutique habituellement employée dans la coqueluche (quinine, antipyrine, bromoforme, etc.) n'exerce une action spécifique sur la maladie, et toutes présentent des inconvénients. C'est pour cette raison que l'auteur a expérimenté dans dix cas de coqueluche, l'euquinine à la même dose que la quinine et s'est trouvé fort satisfait des résultats obtenus.

L'euquinine diminue rapidement le nombre des accès, ainsi que leur intensité. Les enfants deviennent plus vaillants, se remettent à manger et à dormir. Ajoutons que l'auteur n'a observé aucun accident, si peu grave fût-il, résultant de l'administration de l'euquinine.

J. Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève

Emploi thérapeutique de l'ichthoforme (*Deutsche med. Wochenschrift*, 22 mars 1900).- Schaefer, médecin de la prison de Munich, observe de nombreux cas de tuberculose intestinale et se voit obligé, par suite des circonstances, de recourir au seul traitement médicamenteux : jusqu'ici, les résultats ont été fort peu satisfaisants. Depuis que l'auteur se sert de l'ichthoforme, combinaison d'ichthyol et d'aldéhyde formique, poudre brun-noirâtre, fort peu soluble, presque insipide et inodore, la situation s'est sensiblement améliorée. Le médicament exerce une action énergique sur les fermentations putrides de l'intestin tuberculeux.

Les doses maxima sont de 8 grammes par jour : elles sont inoffensives et ne présentent aucun inconvénient : les seuls troubles observés sont une sensation de sécheresse de la gorge quand l'emploi est longtemps prolongé. Les examens urinaires ne décèlent aucune modification pathologique consécutive à l'emploi du produit.

Les diarrhées tuberculeuses primaires sont enrayées rapidement et d'une façon durable par l'ichthoforme, ainsi que le démontrent plusieurs observations rapportées par l'auteur. Il est possible que, grâce à cette action énergique, la propagation de l'infection bacillaire à d'autres organes soit retardée.

Dans les diarrhées secondaires, l'ichthoforme supprime les coliques et les diarrhées profuses, mais il n'a pas d'action sur le processus pulmonaire.

E. Vogt.

Le résaldol (*Therap. Monatshefte*, avril 1900). — Ce nouvel antiseptique intestinal est un produit de condensation du saloforme (acide chlorméthylène salicylique) et de la résorcine : c'est une poudre amorphe, jaune, très légère, insoluble dans l'eau et les acides étendus ordinaires, mais soluble dans diverses solutions alcalines.

Hermann a pu reconnaître, sur un malade porteur d'une fistule gastrique, que le résaldol n'est pas soluble dans le suc gastrique, tandis qu'il l'est, comme d'autres expériences l'ont démontré, dans la bile et le suc pancréatique.

Le médicament présente un goût légèrement astringent, non désagréable, mais son ingestion est difficile ; il est donc préférable de l'administrer en cachets. En lavements, il ne provoque aucune irritation locale. L'action sur la température est nulle, et l'on ne retrouve, après son administration, aucune trace d'acide salicylique

ou de résorcine dans l'urine. L'action bactéricide est indéniable mais faible.

Les doses maniables se trouvent au-dessous de 10 grammes par jour ; des enfants au-dessous d'un an ont supporté sans difficulté 3 doses de 0 gr. 25 par jour. Le médicament se montre incontestablement efficace dans les cas d'entérite aiguë ou chronique, de tuberculose intestinale, etc.

E. Vogt.

Emploi des courants de haute fréquence (*Société de médecine interne de Berlin*, 19 février 1900.) — La valeur thérapeutique des courants de haute fréquence a fait l'objet d'une discussion à la Société de médecine interne de Berlin. Cahn, se basant sur une quarantaine d'observations personnelles n'a pas pu constater des modifications *objectives* bien marquées (diminution du sucre ou du poids, à la suite de traitement chez les diabétiques et les obèses).

Les modifications *subjectives* ont été en revanche marquées. L'irritabilité nerveuse, les douleurs, l'insomnie, se sont améliorées : on ne saurait donc nier de prime abord l'influence de a suggestion.

Bernhardt constate que les autres pays n'ont pas suivi les auteurs français dans ce domaine, et que parmi ces derniers, l'enthousiasme n'est pas unanime : les recherches de d'Arsonval sont plus physiologiques que cliniques. En tous cas, si l'on veut se rendre un compte exact du taux des échanges nutritifs, il faut, de toute nécessité, étudier la question sur des malades *hospitalisés*, soumis à un contrôle de tous les instants.

Eulenburg croit que la difficulté principale de de genre d'études gît dans le maniement des appareils. En outre, il estime que la méthode doit recevoir le nom d'*arsonvalisation*, car le mérite d'avoir le premier étudié les courants de haute fréquence, au point de vue thérapeutique, revient, tout entier au Pr d'Arsonval.

L'orateur, d'accord avec Apostoli, voudrait que les expériences fussent surtout faites en dehors des hystériques et des neurasthéniques : les affections cutanées paraissent devoir fournir un champ d'études suffisant pour le moment, car l'influence des courants de haute fréquence sur les terminaisons des nerfs cutanés est indéniable.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

DIGITALE

Parties employées. — Principes actifs :

Les seules parties de la plante employées sont les feuilles.

Leur teneur en principes actifs est très variable, suivant la provenance, l'âge de la plante, le mode de dessication, etc... Les feuilles de deuxième année, récoltées au moment de la floraison, contiennent seules des principes actifs.

Ceux-ci sont :

La digitaline amorphe et *la digitaline cristallisée.*

La digitaléine.

La digitoxine.

Ont seules une composition constante et sont seuls employées :

La digitaline cristallisée chloroformique du Codex ;

La digitaline amorphe chloroformique du Codex.

Les feuilles de digitale contiennent 1 0/00 de digitaline cristallisée.

Effets physiologiques. — Toxicité :

A doses thérapeutiques, les préparations de digitale ont pour effet essentiel d'augmenter l'énergie des contractions cardiaques et de les régulariser, de ralentir le pouls, d'élever la pression sanguine et, par suite, d'augmenter la diurèse.

A doses plus élevées ou à doses thérapeutiques continuées trop longtemps, la digitale détermine, au contraire, de l'accélération des battements du cœur, de l'arythmie et de la diminution de la pression sanguine (asystolie digitalique) : enfin, à doses toxiques, elle détermine des vomissements, des troubles visuels, du déclin, du ralentissement du pouls.

Applications thérapeutiques :

Tonique du cœur, tout puissant dans les *cardiopathies valvulaires*, quand le cœur fléchit, que les œdèmes, les congestions passives apparaissent et à la période d'asystolie confirmée ; dans la *dilatation cardiaque* consécutive aux affections pulmonaires chroniques (emphysème, bronchite chronique), dans celle de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, des conges-

tions pulmonaires aiguës, d'origine grippale ou autre, etc.

La digitale est utile encore, mais moins active, cependant dans les *myocardites chroniques* s'accompagnant d'œdème, de congestions passives, car elle a peu de prise sur les myocardes scléreux.

FORMES PHARMACEUTIQUES. - POSOLOGIE :

Adultes.

Poudre..... 0 gr. 30 à 0 gr. 50

En cachets, pilules, mais surtout infusion et macération.

Extrait aqueux.. 0 gr. 10 à 0 gr. 15

En pilules :

1 gramme correspond à 4 grammes de feuilles.

En pilules, potion :

Extrait alcoolique.

1 gramme correspond à 3 gr. 33 de feuilles.

Teinture alcoolique à 1/5..... X à L gouttes

LIV gouttes pèsent 1 gramme : 1 gramme correspond à 0 gr. 50 de feuilles.

Teinture éthérée .. X à L gouttes

Sirop ..... 10 à 50 grammes

29 grammes contiennent 0 gr. 50 de teinture, soit XXVII gouttes.

Vin de Trousseau . 10 à 60 grammes

(*Voir aux formules*).

Enfants.

Poudre :

de 6 à 15 mois 0 gr. 01 à 0 gr. 05
de 15 mois à 3 ans 0 gr. 05 à 0 gr. 10
de 3 ans à 5 ans 0 gr. 10 à 0 gr. 20
de 5 ans à 10 ans 0 gr. 20 à 0 gr. 30

(D'après Comby, 0 gr. 02 par année.)

En macération, pendant douze ou vingt-quatre heures, dans 70 ou 100 grammes d'eau.

Teinture alcoolique :

de 6 mois à 15 mois. I à III gouttes
de 15 mois à 3 ans.. III à X —
de 3 à 5 ans ..... X à XV —
de 5 à 10 ans,..... XV à XX —

(D'après Comby IV gouttes par année).

Sirop :

de 0 à 2 ans.... abstention
de 2 à 5 ans.... 5 à 10 grammes
de 5 à 10 ans.... 10 à 30 —

TABLEAU DE L'ÉQUIVALENCE DES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS DE DIGITALE :

10 centigr. de poudre équivalent à.....	Digitaline crist...	0 gr. 001
	Extrait aqueux..	0 gr. 045
	Extrait alcooliq..	0 gr. 050
	Teinture alcool..	0 gr. 50
	Teint. éthérée,..	1 gramme
	Sirop	20 —
	Vin de Trousseau	20 —

NOTA. — Il est à remarquer que ces équivalences sont relatives ; ainsi, les préparations officinales sont 9 à 12 fois plus toxiques que la proportion de digitaline renfermée dans la quantité de feuilles qui les contient.

50 centigrammes de feuilles équivalent, au point de vue toxique, à 3 ou 4 milligrammes de digitaline cristallisée, alors qu'elles ne renferment qu'un demi-milligramme de ce principe actif (F. Franck).

G. LYON.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Congrès international de la Presse médicale en 1900. — *Comités d'organisation constitués par les Associations étrangères de Presse médicale.*

ALLEMAGNE : Professeur Virchow, président d'honneur ; professeur Posner, délégué.

Professeur Eulenburg (Berlin), professeur Ewald (Berlin), Dr Schwalbe (Berlin), Dr H. Lohlstein (Berlin), Dr Spatz (Munich), Dr Adler (Vienne), Dr Bum (Vienne), Dr Alex. Fraenkel (Vienne), Dr Herrnheiser (Prague).

ITALIE : Professeur Baccelli, président d'honneur, professeur L. M. Bossi (de Gênes), président.

Professeur P. Castellino (de Naples), Dr C. Vincenti (de Milan), Dr Rossi Doria (de Rome), Dr Micheli (de Rome). Dr C. Cucca (de Naples), Dr J. Abba (de Turin), Dr G. Gelli (de Florence),

Dr L. Terronini (de Palerme), professeur Spinelli (de Naples), professeur L. Lucatello (de Padoue),

Espagne : Dr Valledor, président.

Dr Serret, Dr Ulecia, Dr Calatraveno, membres, Dr Larra, secrétaire.

Associations de Presse médicale des Etats-Unis. — Pour l'*Association of American medical Editors* : Dr J. M. Mathews, Dr Horace Grant, Louisville, Ky; Dr George F. Butler, Dr George H. Simmons, Chicago ; Dr C. F. Taylor, Dr H. A. Hare. Philadelphia ; Dr Dillon Brown, Dr Daniel Lewis, New-York ; Dr Thos, H. Hawkins, Denver, Colo; Dr Henry W. Coe. Portland (Orégon).

Pour l'*American Medical Publishers' Association* : Dr J. C. Culbertson, Cincinnati, Ohio; Mr. J. Mac Donald, New-York City; Dr Ferdinand King, New-York City ; Mr. Charles Wood Fassett, St-Joseph, Mo. ; Dr Landon B. Edwards, Richmond, Va.

Pour le *Medical Press Club, of the Mississippi Valley* : Dr I. N. Love, St-Louis, Mo. ; Dr Franck P. Norbury, Jacksonville, Ill. ; Dr Alexander J. Stene, St-Paul, Minn. ; Dr John Punton, Kansas City. Mo. ; Dr Marc Ray Hughes, St-Louis, Mo.

Sur les deux questions principales inscrites à l'ordre du jour du Congrès : « Organisation d'une Association internationale de la Presse médicale et Protection de la propriété littéraire des articles médicaux », deux rapports seront fournis par Mr. Charles Wood Fassett, St-Joseph Mo., secrétaire de l' « American Medical Publishers' Association » directeur de l' « American Medical Journalist, pour la première, et par le Dr I. N. Love, St-Louis, Président de l' « American Medical Editors Association » pour la seconde.

Congrès international d'Électrologie et de Radiologie médicales. — A la demande de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, le Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900.

Un Comité composé de MM. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président ; Apostoli et Oudin, vice-présidents ; Doumer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire général ; Moutier, secrétaire ; Boisseau du Rocher, trésorier ; et de MM. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bouchacourt, Branly, professeur à l'Institut catholique de Paris ; Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Larat, Radiguet, Villemin, chirurgien des hôpitaux, a été chargé d'en assurer l'organisation.

Ce Congrès se tiendra à Paris du 27 juillet au 1er août 1900.

On est prié pour plus amples renseignements de s'adresser à M. le professeur E. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, secrétaire général, auquel doit être adressé toute la correspondance relative à ce Congrès.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr Moutier, 11, rue de Miromesnil, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Le Pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène, par le Dr A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon, chef des travaux pratiques d'anatomie-pathologique à la Faculté de médecine de Paris, n° 15 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*. 1 brochure gr. in-8° (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25.

Dans cette intéressante monographie, l'auteur résumant ses travaux sur la matière, donne un moyen *pratique* et *sûr* d'éclairer le pronostic des tumeurs.

La caractéristique anatomique de la malignité des tumeurs n'existe pas absolument. Les différences morphologiques qui peuvent se trouver entre les éléments des tissus sains et ceux des tumeurs bénignes ou malignes ne suffisent pas à trancher la question. Mais si l'on ne peut tabler sur les altérations des formes cellulaires, la clinique, par contre, affirme que leurs conditions

de développement sont toujours différentes d'une tumeur à l'autre. On peut saisir les modifications des cellules, en rapport avec cette évolution variable: 1° lorsque les cellules sont sur le point de se diviser et 2° quand il y a augmentation des échanges, l'activité des cellules se jugeant surtout par les phénomènes d'assimilation qu'elles présentent.

Ces derniers phénomènes se traduisent par l'accumulation de réserves alimentaires dont la plus importante est le glycogène qui ne se rencontre pas en tissu sain.

Jusqu'ici, les relations histologiques ne font, en général, pas mention du glycogène dans les tumeurs, mais avec la technique simple et sûre donnée par l'auteur, cette matière n'échappera plus à l'attention du médecin.

Brault passe en revue les tumeurs épithéliales aussi bien que celles d'origine connective qui, toutes, contiennent du glycogène. Par contre, les tumeurs bénignes en sont rigoureusement privées. Après des considérations générales sur la glycogénie des cellules, l'auteur conclut en donnant le *coefficient glycogénique comme la mesure exacte de la gravité d'un néoplasme.*

Cette méthode, absolument nouvelle, comme on le voit, est aussi importante dans l'examen des tumeurs que l'est en clinique la recherche du sucre ou de l'albumine.

Cette découverte de Brault aura certainement un grand retentissement dans le monde médical. On n'à qu'à féliciter le directeur de l'Œuvre médico-chirurgical de l'avoir mise à la portée de tous les praticiens et de tous les chercheurs de laboratoire.

Nouvel Index Medicus, (Edition française). — Le mois dernier, a eu lieu à Paris un événement dont l'intérêt dépasse nos frontières : l'apparion du n° 1 (janvier 1900), de la *Bibliographia Medica*, recueil qui va continuer les traditions, en Europe, de l'*Index Medicus*, la célèbre publication des Bibliographes américains de Washington, arrêtée depuis six mois.

C'est la première fois, que non seulement en France, mais à Vienne et à Berlin, on a réussi à mettre sur pieds une revue bibliographique comparable à l'œuvre des Flechter et des Blilings ; on peut même ajouter un peu plus satisfaisante par l'esprit, puisque la classification adoptée est beaucop plus claire. Ce grand effort n'a pu être mené à bien que par l'*Institut international de Bibliographie scientifique*, dont le siège est à Paris, et qui est dirigé par M. le Dr Marcel Baudoin, le journaliste médical bien connu.

Le n° de janvier, qui a paru dès le 15 février 1900, contient la majeure partie de la bibliographie internationale des sciences médicales de janvier 1900 ; et on n'a pu exécuter ce véritable tour de force de rédaction et d'impression qu'en utilisant un personnel de plus de 150 personnes, tant dans les bureaux, qu'à l'imprimerie de l'Institut de Bibliographie de Paris.

Cette publication nouvelle, qui veut se consacrer à l'utilité de la *Bibliographie Internationale des sciences médicales*, a été établie sur des principes analogues à ceux de l'*Index Medicus* américain, dont elle vont continuer les remarquables traditions scientifiques, si appréciées des Bibliographes professionnels.

Grâce aux directeurs, MM. les Drs C. Potain, membre de l'Institut, et Charles Richet, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, de notables perfectionnements ont été apportés à la Rédaction : et la classification des titres, en particulier est, d'un bout à l'autre, absolument méthodique : ce qui rend toutes les recherches rapides et faciles, le prix d'abonnement sera de 50 francs pour la France, et de 60 francs pour les pays étrangers, au lieu de 125 francs, prix de la dernière édition américaine.

Ce recueil, qui est mensuel comme l'*Index Medicus*, contiendra désormais environ 4.000 indications bibliographiques par numéro de 80 pages au moins, soit environ 50.000 par an.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Faculté de médecine vient de décerner ses prix pour l'année 1899-1900.

Legs Trémont. — Le legs, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier (2,000 francs). — Neuf appareils ou instruments et deux ouvrages ont été présentés.

La Faculté a attribué :

1° Le prix et une somme de 1,000 francs à M. Albarran, agrégé, pour son Cystoscope urétéral ;

2° Des encouragements et une somme de 500 francs chacun à MM. Rémy et Carvalho, pour les appareils qu'ils ont présentés : M. Rémy, instrument indicateur à rayons X matérialisés ; M. Carvalho, appareil enregistreur pour la myographie sur les mammifères.

Prix Chatauvillard (2,000 francs). — Sept ouvrages ont été présentés.

La Faculté a décidé de partager le prix ainsi qu'il suit :

1° 1,000 francs à M. le docteur H. de Rothschild, pour son travail sur l'allaitement mixte et artificiel ;

2° 500 francs à M. Lévi-Sirugue pour son travail sur la tuberculose péritonéale ;

3° 500 francs à M. le docteur Stéphen Artault pour son travail sur la flore et la faune des cavernes pulmonaires.

Prix Corvisart. — Le sujet proposé pour le concours était ainsi conçu : De la péritonite des cirrotiques.

Ce prix, qui consiste en une médaille de vermeil et 400 francs, n'est pas attribué cette année (aucun candidat ne s'est fait inscrire).

La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1900 serait le même.

Prix Montyon (700 francs). — La Faculté a partagé le prix de la manière suivante :

1° 500 francs à MM. Girard et Bordas, pour leur mémoire intitulé : Fièvre typhoïde ;

2° 200 francs à M. le docteur Hébert pour son mémoire intitulé : La population du cap Sizun. — Essai d'hygiène sociale.

Prix Jeunesse (Hygiène 1,500 francs). — Huit mémoires ont été présentés.

La Faculté a décidé de partager le prix de la manière suivante :

1° 500 francs à M. le docteur de Brun pour son travail intitulé : L'organisation sanitaire de l'empire ottoman et la défense de l'Europe contre la peste et le choléra ;

2° 500 francs à M. Bonjean pour son travail intitulé : Analyse des eaux potables. — Le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation ;

3° 300 francs à M. Emile Mauchamp, pour son livre intitulé : L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé (conditions, pratique, résultats, indications) ;

4° 200 francs à M. le docteur Patay pour son mémoire sur la Société de charité maternelle de Rennes (de mai 1896 à avril 1899) ;

5° Une mention honorable à M. le docteur Alexandre Hanrot pour son travail intitulé : L'épuration des eaux d'égoût par le sol.

Prix Jeunesse (Histologie 750 francs). — Sept mémoires ont été présentés.

La Faculté a partagé le prix entre les auteurs des mémoires suivants et a accordé à chacun d'eux une somme de 250 francs :

1° M. Branca. — Recherches sur la trachée et sa cicatrisation ;

2° MM. Bezançon et Labbé. — Sur le mode de réaction et le rôle des ganglions lymphatiques dans les infections expérimentales ;

3° M. Manouelian. — Sur le système nerveux (méthode de Golgi).

Prix Saintour (3,000 francs). — Le sujet proposé pour le concours était : De l'insuffisance hépatique.

Trois mémoires ont été présentés.

La Faculté a partagé le prix entre M. Gouget et MM. Joseph Castaigne et Xavier E. Bender, savoir : 1° 2,000 francs à M. le docteur Gouget ; 2° 1,000 francs à MM. Castaigne et Bender, internes des hôpitaux.

La Faculté a, en outre, accordé une mention très honorable à M. Constantin Bacaloglu, interne des hôpitaux.

Médailles d'argent décernées pour les thèses récompensées :

Branca (Albert-Jean-Alfred). Recherches sur la cicatrisation épithéliale.

Delamare (Valéry-Jules-Victor). La glycosurie phlorhydzique. Son application à l'exploration des fonctions rénales.

Fauvelle (Julien-Valéry-René). Les étudiants en médecine de Paris sous le grand roi. Essai sur leurs études, leur vie médicale et leur vie privée.

Glaize (Edouard-Pierre). La grossesse extra-membraneuse.

Lardennois (Louis-Eugène-Henri). Traitement chirurgical du cancer du gros intestin.

Mouchet (Albert). Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus avec radiographies.

Nobécourt (Pierre-André-Alexandre). Recherches sur la pathogénie des infections gastro-intestinales des jeunes enfants.

Pasteau (Marie-Octave-Léon-Auguste). Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate.

Rogues de Fursac (Marie-Henri-Joseph-Pierre-Etienne). Signes physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux.

Sainton (Marie-Adolphe-Paul). L'amyotrophie. Types Charcot-Marie.

Wiart (Pierre-Eugène). Recherches sur l'anatsmie topographique et la voie d'accès du cholédoque.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic

Comité de direction scientifique : MM. les Docteurs d'Arsonval, de l'Institut ; Tripier, G. Apostoli, E. Doumer, Oudin.
Rédacteur en chef : M. le Dr E. Doumer, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, docteur ès-sciences.

Ces **Annales** paraissent tous les deux mois, depuis le 15 janvier 1898, par fascicules grand in-8° de 9 feuilles chacun (114 pages), avec gravures dans le texte et planches hors texte.

Abonnement : Un an, du 15 janvier, Paris, **26** francs ; départements et étranger, **28** francs

REVUE PHILOSOPHIQUE

DE LA FRANCE ET DE LÉTRANGER

Dirigé par **TH. RIBOT**, Professeur au collège de France. (25e année 1900)
Parait tous les mois par livraisons de 7 feuilles grand in-8°, et forme chaque année 2 volumes de 680 pages chacun
Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr.
Les années écoulées, chacune 30 fr. et la livraison 3 fr.

Revue de l'École d'Anthropologie de Paris

RECUEIL MENSUEL PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS (10e année, 1900).

La **Revue mensuelle de l'École d'Anthropologie de Paris** parait le 15 chaque de mois. Chaque livraison forme un cahier de deux feuilles in-8° raisin (32 pages.)
Abonnement : Un an (à partir du 15 janvier) pour tous pays, **10** francs ; la livraison, **1** franc.

Journal de l'Anatomie et de la Physiologie

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

Dirigé par **MATHIAS DUVAL**, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine.
Avec le concours de MM. **BEAUREGARD, RETTERER** et **TOURNEUX**.
Trente-sixième année (1900).

Ce journal parait tous les deux mois. Il forme à la fin de l'année un beau volume grand in-8°, de 700 pages environ, avec de nombreuses gravures dans le texte et 30 planches lithographiées en taille-douce, en noir et en couleurs, hors texte.

Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr. — La livraison, 6 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan, chez tous les libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

Envoi gratis de numéros spécimens sur demande.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Ponction lombaire

Par le Dr Paul SAINTON.

La ponction lombaire, imaginée par Quincke en 1890, fut d'abord considérée comme une opération purement thérapeutique ayant pour but l'évacuation du liquide contenu dans l'espace arachnoïdien : elle était pratiquée par lui dans la méningite séreuse et l'hydrocéphalie. On eut ensuite l'idée de l'utiliser comme moyen de diagnostic, puisqu'elle permettait la récolte d'une certaine quantité de céphalo-rachidien, susceptible d'être examinée au point de vue chimique, microscopique et bactériologique et par là capable de fournir des renseignements précieux sur la nature de l'affection, mère de l'épanchement: Plus récemment enfin, les expérimentateurs rendus plus hardis par l'innocuité de cette intervention, n'ont pas hésité à se servir de la séreuse arachoïdienne pour introduire dans l'organisme des substances médicamenteuses, destinées à agir plus rapidement et plus efficacement sur les éléments nerveux au contact desquels elles sont, pour ainsi dire, portées.

L'opération de Quincke tend donc, de plus en plus, à occuper une très large place dans la pratique médicale ; employée communément à l'étranger, elle est encore peu usitée en France. Elle est cependant facile à exécuter et d'une innocuité parfaite à condition que l'on se montre parcimonieux dans la soustraction du liquide rachidien et que l'on observe les précautions aseptiques, indispensables à toute ponction bien faite. Un autre avantage de cette intervention qui n'est point à négliger est qu'elle ne demande point d'instrumentation spéciale et peut être faite par tout médecin.

Notre but n'est point de passer en revue ici tous les travaux importants que cette opération a suscités, mais d'exposer aussi simplement que possible comment on doit la pratiquer, ce qu'on peut en attendre, tout au moins actuellement, pour le diagnostic et le traitement.

Avant d'entrer dans le détail de la technique opératoire, il est indispensable de rappeer quelles sont les données anatomiques qui ont amené Quincke à choisir la région lombaire pour pratiquer son intervention. Le liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules cérébraux, entoure les centres nerveux cérébro-spinaux ; à la partie inférieure de la moelle, il s'accumule dans un vaste réservoir formé par un renflement de la dure-mère, le cul-de-sac dural, c'est que là l'on peut le puiser sans aucun inconvénient. Les dangers qui sont à éviter, dans une semblable opération sont, en effet, la blessure de la moelle ou des nerfs de la queue de cheval. Or, la moelle lombaire ne descend chez l'adulte que jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire et chez l'enfant jusqu'à la troisième;

elle est donc hors de toute atteinte si l'on choisit pour la ponction un espace intervertébral situé au-dessous de la troisième vertèbre lombaire. Les nerfs de la queue de cheval sont à peu près invulnérables, parce que, flottant librement dans le liquide céphalo-rachidien, ils fuient devant les instruments piquants. Chez l'enfant, leur lésion est encore plus difficile, parce que ces nerfs affectent une disposition particulière; ils sont séparés en deux faisceaux latéraux laissant entre eux un intervalle de 5 centimètres occupés par le liquide.

La ponction de Quincke est donc permise anatomiquement : elle l'est aussi physiologiquement, les expériences faites chez les animaux, les interventions chez l'homme montrent que la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien n'est suivie d'aucun accident, à condition que l'écoulement soit lent, et que la quantité ne soit pas trop considérable.

Manuel opératoire (1)

1° *Choix de l'Instrument.* — Chipault, pour pratiquer la ponction lombaire, se sert d'une instrumentation spéciale, il emploie des canules de un à deux millimètres de diamètre, de dix centimètres de long, portant dans leurs six centimètres moyens une graduation en centimètres et en millimètres : dans ces canules s'introduisent des mandrins à manche plat. On peut leur adapter une seringue de six centimètres cubes ou un tube de caoutchouc rouge de cinquante centimètres de long sur lequel peut s'adapter un tube de verre gradué, destiné à mesurer la pression.

Dans la pratique courante, une aiguille ou un trocart solides, ayant environ un demi ou un millimètre de diamètre sont suffisants : les aiguilles et les trocarts faisant partie de l'appareil Potain remplissent très bien ces conditions. Il sera bon d'adapter, à l'extrémité de l'instrument dont on se servira, un tube en caoutchouc, une sonde de Nélaton de petit calibre que l'on aura préalablement coupée : cet intermédiaire présente plusieurs avantages, pour arrêter l'écoulement du liquide ; on peut être serré entre les mors d'une pince à forcipressure ; il peut être pincé entre les doigts pour diminuer son calibre, il permet plus facilement la réception du liquide dans les tubes stérilisés ou directement dans les tubes de culture.

2° *Position du malade.* — Certains auteurs, Heubner, Fürbringer, etc. mettent le sujet dans la position assise. Le décubitus latéral est préférable. Le malade est couché sur l'un des côtés, la tête légèrement soutenue par un coussin. Les cuisses sont fortement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses ; c'est en somme la *position en chien de fusil.* Si l'on a affaire à un jeune enfant, il sera prudent de faire maintenir par des aides les jambes et le thorax.

3° *Détermination des points de repère.* — Quincke et Marfan font la ponction dans le quatrième espace lombaire. Chipault préfère l'espace lombo-sacré parce que les points de repère sont alors plus précis ; l'opérateur, en choisissant cet intervalle, a aussi moins de

(1) V. Chipault. *Etudes de chirurgie médullaire*, 1896, p. 80 et *Bulletin de l'Académie de médecine*. 6 avril 1897.
Marfan. *Traité des maladies de l'Enfance*, 1898. *Art. méningite tuberculeuse.*
Sicard. *Presse médicale*, 16 décembre 1899.
Sainton. *Manuel de Diagnostic*, Debove et Achard, t. II.

chances de léser les nerfs de la queue de cheval, ceux-ci étant plus rares à mesure que l'on se rapproche du sacrum, enfin le puisement du liquide est plus facile, l'aiguille pénétrant en plein cul-de-sac dural. Sicard conseille de choisir, pour ponctionner, celui de deux espaces qui paraît le plus accessible.

Le point de repère le plus important à déterminer est la base du sacrum et la dépression sacro-lombaire. Avec un peu d'habitude, la palpation permet de reconnaître l'intervalle lombo-sacré : en suivant de haut en bas la ligne apophysaire, les doigts finissent par sentir un espace plus dépressible que les autres, c'est l'intervalle lombo-sacré. On peut encore pour plus de précision rechercher les deux épines iliaques postérieures et inférieures au-dessous de la grande échancrure sciatique et les réunir par une ligne transversale ; cette ligne passera à peu près par la cinquième vertèbre lombaire, un peu au-dessous se trouve l'articulation sacro-lombaire.

4° *La Ponction.* — L'apophyse épineuse de la quatrième ou de la cinquième lombaire étant reconnue, le point marqué pour enfoncer le trocart sera à un demi centimètre en dehors de la ligne médiane épineuse, à côté du tiers inférieur de l'apophyse choisie (Sicard). Les précautions aseptiques les plus minutieuses étant prises pour l'opérateur, pour l'instrument et pour le champ opératoire, le malade étant immobile après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, on enfonce l'aiguille de deux à trois centimètres chez l'enfant, de quatre à six centimètres chez l'adulte. L'aiguille doit être tenue, la pointe dirigée en avant légèrement en haut et en dehors vers la ligne médiane. Il peut arriver que la pénétration dans le cul de sac rachidien ne se fasse pas d'emblée : l'aiguille peut rencontrer les lames vertébrales, la base de l'apophyse épineuse, un léger mouvement de recul, une légère inclinaison de la pointe en bas et en dehors suffit pour la remettre dans le droit chemin. L'enveloppe dure-mérienne étant perforée, le trocart bute assez souvent contre le bord postérieur du corps vertébral ; on le retire alors de quelques millimètres.

La ponction faite, le trocart retiré, on obturera la plaie avec une légère trace de collodion et le malade sera maintenu au lit vingt-quatre heures.

L'opération de Quincke se pratique habituellement sans aspiration : celle-ci est en effet dangereuse pour peu qu'elle soit énergique; si l'on juge indispensable d'y avoir recours, une seringue de Pravaz sera le seul instrument permis.

La quantité de liquide, qui peut être enlevée sans inconvénient, est assez difficile à indiquer, on conçoit que cette appréciation varie suivant les cas auxquels on a affaire : quoique la règle ne soit point absolue et que ces évaluations aient été souvent dépassées, on peut indiquer comme limite maximum quinze centimètres cubes chez l'enfant, cinquante centimètres cubes chez l'adulte. L'écoulement du liquide doit être lent, se faire goutte à goutte : il est facile de le régulariser en comprimant entre les doigts le tube de caoutchouc intermédiaire.

5° *Accidents opératoires et post-opératoires.* — Ils sont dus pour la plupart à l'inobservance des règles tracées pour la conduite méthodique de l'opération.

a) Le malade peut être indocile ou agité ; on risque alors de voir l'aiguille se tordre au point de la ponction, il faut alors avoir recours à l'anesthésie générale ou renoncer immédiatement à l'opération.

b) Un peu de sang peut s'écouler au début ; cette petite hémorragie est généralement sans importance et le liquide rachidien redevient bientôt limpide : si elle persiste il faut retirer l'aiguille et recommencer la ponction plus tard, c'est qu'il y a eu lésion de petites vésicules ou artérioles, ou extra ou intra-dure-mériennes.

c) Quand le trocart pénètre dans le réservoir dure-mérien, il survient parfois des crampes, des sensations douloureuses dans les cuisses ; ce sont des incidents sans gravité dus au tiraillement de quelques filets nerveux ; ils disparaissent très rapidement.

d) La ponction peut être blanche, quoique pratiquée régulièrement : l'écoulement du liquide peut être gêné par des amas grumeleux obstruant la canule où des filets nerveux peuvent obturer momentanément l'orifice de l'aiguille, il suffit alors de retirer légèrement celle-ci et de surélever un peu le thorax du malade.

e) Si la quantité du liquide enlevée au cours de l'opération a été trop considérable, si l'écoulement a été trop brusque, on peut voir survenir des accidents tantôt bénins, élévation de la température, convulsions, céphalée, tantôt graves hyperthermie, petitesse du pouls, ralentissement de la circulation. C'est pour avoir négligé d'observer les précautions habituelles, que certains auteurs ont vu leur malade succomber très rapidement à la suite d'une intervention trop brutale.

Valeur diagnostique

L'importance diagnostique de la ponction lombaire est considérable ; elle a été bien mise en valeur par la discussion qui eut lieu en 1895 à la Société de médecine de Berlin et à laquelle prirent part Fürbringer, Fraenkel, Heubner, Freyhan, Sénator, Goldscheider, Ewald. Les indications qu'elle fournit sont en effet des plus précieuses.

En France, les données fournies par la *pression du liquide* ne sont pas considérées comme bien importantes. La pression normale est évaluée en moyenne à 40 ou 60 millimètres cubes d'eau ; elle est en général au-dessous de 250 millimètres cubes. Elle peut parfois atteindre des chiffres considérables, 700 ou 800 centimètres cubes. Elle varie d'ailleurs avec la position du sujet et augmente notablement dans la position assise. D'après Rieken, une élévation modérée de la pression, avec symptômes de compression grave indique une affection cérébrale aiguë, tandis qu'une élévation considérable avec symptômes de compression légère, décèle une affection chronique.

L'aspect du liquide recueilli permet souvent de soupçonner la maladie cause de l'hyperproduction du liquide. Dans l'hydrocéphalie, il est clair comme de l'eau de roche ; dans la tuberculose des méninges, limpide au moment de l'évacuation, il devient ensuite un peu trouble : dans les méningites cocciques, il est louche et purulent d'emblée. Il est franchement hémorragique, dans les épanchements sanguins sous-arachnoïdiens.

L'examen chimique fournit parfois quelques données intéressantes. Le liquide rachidien a une réaction alcaline, il se coagule par la chaleur, il contient des carbonates et des chlorures alcalins et des matières organiques mal déterminées. On y a trouvé à l'état pathologique du sucre chez les diabétiques, dans les tumeurs cérébrales, dans la méningite tuberculeuse. La présence et la teneur en albumine fournissent comme dans les autres épanchements sanguins, des données de quelque importance. Dans les liquides d'origine inflammatoire, la quantité d'albumine est en général de 0,25 0/0, elle s'élève à 1 0/0 dans la méningite tuberculeuse et de 2 à 4 0/0 dans les tumeurs cérébrales. La toxicité est nulle, en général, sauf dans un cas observé par Castaigne.

L'examen microscopique négatif dans le cas d'hydrocéphalie, a fait récemment l'objet d'un travail de Kronig. On rencontre dans le liquide céphalo-rachidien à l'état patholo-

gique des globules rouges en quantité variable, des globules de pus, des lymphocytes (chlorose). Dans le ramollissement cérébral, on y trouve des grains sphériques, des faisceaux nerveux myéliniques, de la myéline libre ; dans l'hémorragie cérébrale de l'hématoïdine et de l'hémosidérine; jamais Kronig n'a constaté la présence d'éléments pouvant appartenir à des tumeurs.

Au point de vue bactériologique, les constatations faites sur le liquide recueilli par ponction lombaire ont une importance considérable. Relativement nombreux sont les cas publiés soit en France, soit à l'étranger, dans lesquels seule elle a pu faire assurer un diagnostic de méningite et en faire connaître en même temps l'agent pathogène. C'est à elle que l'on doit une connaissance plus approfondie des formes anormales de la méningite cérébro-spinale souvent confondues avec d'autres affections.

L'examen direct sur lamelle, de la sérosité recueillie n'est pas toujours suivi de succès: Lenhartz conseille de tremper pendant quelque temps dans le liquide, un petit tampon d'ouate stérilisée et de faire des frottis sur lamelles avec ce tampon ainsi préparé. La centrifugation est préconisée par Kronig.

Pour les cultures, tout au moins quand il s'agit des agents microbiens ordinaires, si le liquide est floconneux, on pratiquera, suivant les conseils de Netter, directement l'ensemencement dans les milieux solides, gélose glycérinée et sérum de Lœffler, sinon il faut ensemencer dans le bouillon d'abord. Dans les méningites aiguës spinales ou cérébro-spinales, on a pu déceler ainsi diverses espèces pathogènes : streptocoques (Lichtheim, Kronig), le méningocoque (Lenhartz, Fürbringer, Netter, Ossler, José L. Hirsch, etc.), le pneumocoque de Talamon Frænkel (Lenhartz, Fürbringer, Netter etc), le staphylocoque (Wentworth), le bacille typhique (Lenhartz). Dans un cas de rage humaine, Denigés et Sabrazés ont pu faire une inoculation positive du liquide céphalo-rachidien à l'animal.

Dans la méningite tuberculeuse, les résultats sont moins constants : l'examen sur lamelles est le seul qui puisse donner des résultats pratiques, les cultures présentent des difficultés techniques assez grandes et ne donnent un résultat qu'au bout d'une période de temps relativement longue ; les inoculations, intéressantes au point de vue purement spéculatif, apportent trop tard la réponse. Les statistiques des auteurs allemands sont cependant très encourageantes; le bacille de Koch a été trouvé 21 fois sur 46 cas, par Lenhartz, dans 80 0/0 des cas, puis dans 70 0/0 par Fürbringer, dans 100 0/0 par Lichtheim. D'ailleurs, comme dans les pleurésies, l'absence de culture sur les milieux ordinaires est un signe en faveur de la nature tuberculeuse de l'épanchement. On peut en effet, avec Mya attribuer au liquide de la méningite tuberculeuse les caractères suivants : 1° Formation d'un caillot en toile d'araignée dans la hauteur du tube où le liquide a été recueilli; 2° Présence de flocons épendymaires ; 3° Stérilité de l'ensemencement dans les milieux ordinaires.

Valeur thérapeutique

La ponction lombaire peut être pratiquée dans un but thérapeutique, dans deux conditions. Tantôt elle est évacuatrice, elle a en vue de parer aux accidents pressants et souvent d'éclairer en même temps le diagnostic. Tantôt on ne se contente pas de retirer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, on injecte dans la cavité une substance thérapeutique destinée à agir sur la séreuse arachnoïdienne elle-même ou à être absorbée par l'organisme.

I. *Ponction simple.* — Sa valeur est des plus discutées. Les uns lui nient toute efficacité, d'autres lui refusent non seulement toute action, mais l'accusent d'accélérer le dénouement fatal, un très grand nombre la considèrent comme inconstante et médiocre, d'autres enfin lui reconnaissent une utilité incontestable.

Avant de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces opinions, il importe de préciser ce que l'on entend par valeur thérapeutique de la ponction lombaire; si par là on entend qu'elle jouit d'une action curative, il est hors de doute qu'elle ne peut agir efficacement sur la cause ; il n'y faut voir qu'un moyen symptomatique ayant pour objet de faire cesser les signes de compression. Il importe en outre de remarquer que dans l'appréciation des résultats, il faut tenir compte de la gravité de maladie à laquelle elle a été appliquée et de la période de cette maladie à laquelle on s'est décidé à la pratiquer ; ce sont deux éléments importants qu'il ne faut point perdre de vue.

La ponction de Quincke est mise en œuvre dans les maladies les plus diverses : parfois les indications de son emploi sont vagues, par exemple, dans des formes particulières de chlorose avec céphalée, vertiges et troubles divers; parfois, les indications sont pressantes, comme dans certaines formes d'hydrocéphalie, dans les méningites séreuses aiguës ou chroniques. Dans ce dernier cas, l'opération doit être déterminée par la venue du coma, du délire, de la stase papillaire, de l'insensibilité et de la résolution musculaire, de la dilatation des pupilles et de la céphalée tenace. Ce sont ces phénomènes qui sont, en général, notablement amendés par la ponction de Quincke; malheureusement, l'amélioration n'est que temporaire, et le renouvellement de l'épanchement donne lieu à des accidents nouveaux. La ponction lombaire n'est donc qu'une opération palliative, il ne faut point en attendre plus qu'elle ne peut donner, il faut s'estimer heureux si, en présence de l'impuissance prouvée de tous les moyens médicamenteux, préconisés dans les méningites, elle permet d'apporter quelque soulagement au malade, et de prolonger pour quelques jours son existence.

Les résultats qu'elle a donnés sont d'ailleurs variables suivant les maladies :

a) Dans *l'hydrocéphalie chronique*, elle peut être utile, à condition de la réserver aux hydrocéphalies tardives après ossification des fontanelles, plutôt qu'aux hydrocéphalies congénitales.

b) Dans *les méningites*, il est nécessaire de faire une distinction entre les résultats obtenus dans la méningite tuberculeuse et les méningites d'autre origine. Dans la méningite due au bacille de Koch, l'amélioration qu'elle amène est inconstante et temporaire. Weil conseille, si l'on veut en obtenir un bénéfice, d'y avoir recours de très bonne heure car, pour lui, un des très grands dangers de l'épanchement est l'ischémie cérébrale, qui joue un certain rôle dans le ramollissement des parois ventriculaires et de la voûte à trois piliers. Dans les cas favorables, elle n'a amené qu'une détente, malheureusement vite dissipée.

Dans les méningites aiguës dues à d'autres agents pathogènes, les résultats sont peut-être un peu plus satisfaisants. Jemma considère la ponction comme toujours utile, Rieken estime qu'elle a une réelle action sur les méningites cérébrospinales, même très graves: Brash cite des cas où elle a été la cause d'une sédation réelle. Netter a récemment rapporté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, un cas dans lequel elle semble avoir eu d'heureux effets. Chez une petite fille de deux ans et demi, atteinte de méningite cérébrospinale à forme prolongée, onze ponctions lombaires furent pratiquées, la quantité de liquide retirée chaque fois varia entre 15 et 70 centimètres cubes; l'exsudat contenait le microbe de Weichselbaum, louche au début; il devint peu à peu plus limpide, à la dernière ponction, il était clair comme de l'eau de roche. Ce fait

positif a une très grande importance, il indique qu'il ne faut point se décourager et renouveler les ponctions un grand nombre de fois, en les espaçant d'un certain intervalle.

Quelques cas heureux de méningite chronique syphilitique ont été publiés par Brash, Vallée; une accalmie notable suivit l'intervention. Quand les accidents méningés, d'origine spécifique, prennent une allure grave, la ponction lombaire, outre son rôle, peut avoir un autre avantage; elle peut parer aux accidents immédiats, en attendant que le traitement spécifique institué ait pu agir efficacement.

c) Les phénomènes de compression résultant d'un *épanchement sanguin intra-rachidien* sont justiciables au premier chef de la ponction lombaire, surtout quand ils reconnaissent une origine traumatique. Albertin, de Lyon, en signale les bons effets chez un homme qui, à la suite d'une chute, fut atteint d'une ecchymose diffuse des lombes avec paraplégie et anesthésie des membres inférieurs; sous l'influence de l'intervention, les accidents paralytiques et l'anesthésie cédèrent assez rapidement, les réflexes reparurent.

d) *L'œdème cérébral*, pour les auteurs allemands, est heureusement influencé par la rachicentèse : Lenhartz la considère comme très efficace dans les œdèmes cérébraux consécutifs à des traumatismes céphaliques. Seegelken a rapporté un cas d'*encéphalopathie saturnine*, dans lequel le malade comateux fut guéri à la suite de l'issue de 60 cc. de liquide céphalorachidien; le jour même de l'opération, la conscience revint, le lendemain survinrent des hallucinations auditives et visuelles de nature gaie, et tout accident disparut.

e) Dans *les tumeurs cérébrales et cérébelleuses*, l'opération de Quincke n'est qu'un pis aller, lorsque toute autre intervention paraît impossible; elle amène un soulagement passager (Heubner, Chipault) en décomprimant l'encéphale.

f) Dans *l'épilepsie essentielle*, *la paralysie générale*, *le tabes*, etc., elle est souvent plus nuisible qu'utile : il s'agit là de simples essais purement empiriques.

g) Enfin, dans *la chlorose* avec céphalées, vertiges, éblouissements, phénomènes nerveux variés, elle donnerait d'excellents résultats.

Ponction lombaire avec injection intra-arachnoïdienne. — Cette méthode, fort bien étudiée par Sicard dans sa thèse inaugurale (1), est fondée sur la perméabilité particulière qu'offre l'enveloppe des méninges molles pour les substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien et sur la tolérance de celui-ci pour des quantités relativement considérables de liquide. C'est ainsi que Sicard a pu, chez le chien, introduire 200 centimètres cubes de solution salée à 5/000 à la vitesse de 10 centimètres cubes par minute, sans provoquer d'accidents d'aucune sorte. D'après Jacob, l'action du liquide injecté n'est pas immédiate, il séjourne quelque temps dans le réservoir arachnoïdien avant d'être absorbé. Cette voie d'introduction médicamenteuse est incontestablement plus active que la voie hypodermique.

La technique n'est pas sensiblement modifiée par l'adjonction d'une injection à la ponction simple; il suffit d'adapter à l'aiguille ayant servi, une seringue de Pravaz, si la quantité destinée à l'injection est très minime; à l'aide d'une seringue quelconque, si la quantité est plus grande. Dans les cas où aucune faute contre l'asepie n'est commise au cours de la ponction, on peut laisser couler un peu de liquide céphalo-rachidien dans un tube stérile contenant la dose de matière soluble que l'on veut employer : le liquide

(1) V. l'intéressante Thèse de Sicard. Paris. 1899-1900.

céphalo-rachidien, devenu ainsi le véhicule de la substance médicamenteuse, peut être injecté à nouveau.

Les différents agents thérapeutiques introduits par cette voie chez l'homme, ont été jusqu'ici : 1° des substances médicamenteuses, 2° des sérums antitoxiques, 3° de l'air stérilisé.

1° *Substances médicamenteuses.* — *Le chlorhydrate de cocaïne* a été employé dans le but d'obtenir une anesthésie locale des membres inférieurs suffisante pour pratiquer une opération chirurgicale de quelque importance. Les résultats obtenus ont été des plus encourageants. Bier qui a mis en honneur cette méthode s'en est servi avec succès dans cinq cas, Seldowitsch a obtenu les mêmes résultats dans quatre cas. Tuffier en a usé, non seulement dans des interventions chirurgicales sur les membres inférieurs, mais encore dans une intervention sur l'utérus. Plus récemment encore Pousson et Chenavaz, de Bordeaux rapportent trois cas dont un seul négatif. Gérota (de Bucarest) a obtenu l'anesthésie dans huit cas. Jonesco (1) sur quatre cas n'en a observé que deux où l'anesthésie fut complète. Il est important de remarquer que les opérations exécutées, sous ce mode anesthésique, avaient toutes une certaine durée, et nécessitaient une analgésie réelle : ainsi ce sont les amputations de la jambe ou du pied, des ablations de sarcome de la cuisse, une hystérectomie vaginale, une prostatectomie, une cystotomie, hernies, hydrocèle, etc.

L'analgésie est obtenue par l'injection d'un centigramme de solution de cocaïne au vingtième ; elle occupe les membres inférieurs et remonte jusqu'à l'ombilic, elle apparaît quelque temps après l'injection : tantôt elle la suit de quelques minutes, tantôt elle ne survient que quinze à vingt minutes après. Elle persiste longtemps : le minimum observé a été de trente minutes, le maximum de quatre heures. Ce mode d'insensibilisation n'est pas suivi d'accidents sérieux : on a noté à la suite des nausées, des vomissements pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi. Bier fait remarquer qu'il n'a jamais constaté chez ses malades de troubles cardiaques ou pulmonaires ; il semble donc que cette méthode ait une indication précieuse chez les cardiaques, qui supportent mal la chloroformisation.

Dans les affections médicales, la cocaïne, par la même voie, a été essayée par Sicard et Gasne, Jacob chez les *tabétiques* atteints de douleurs fulgurantes ; elle a amené un amendement réel, mais malheureusement temporaire.

Jacob, convaincu d'après expériences personnelles que l'iode disparaît des centres nerveux, six heures après son absorption par la voie stomacale ou cutanée, a pensé que la voie sous arachnoïdienne lui offrait un moyen d'agir vite. Dans les cas de syphilis cérébro-spinale à forme grave il a injecté l'*iodure de potassium* en solution aqueuse à 4 0/0 à la dose de 0 gr. 25 centigrammes. Sur les trois malades ainsi traités : le premier qui était dans le coma succomba ; mais le second vit rétrocéder un ptosis et une parésie des membres inférieurs. Chez le troisième, le résultat fut nul après deux injections, la troisième ne fut pratiquée qu'un mois après, alors que le traitement spécifique ordinaire se fut montré impuissant, elle fut suivie d'une amélioration très notable de l'état du malade. Les accidents observés chez les sujets soumis à ce traitement ont été de la céphalée, des

(1) Jonesco se sert de la solution suivante :

Cocaïne	0.02 centigr.
Morphine	0.002 milligr.
Eau	1 cc.

vomissements et chez l'un d'eux de la glycosurie passagère. Par contre, Jaboulay à la suite de l'injection de 0 gr. 50 centigrammes d'iodure constata des accidents mortels.

Le *chlorure de sodium* est bien supporté à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 05; dans la paralysie générale avec attaques épileptiformes, il parut amener une cessation temporaire des crises.

Le *bromure de potassium* a été employé, incorporé à la dose de 0 gr. 025 dans un liquide céphalorachidien additionné d'huile stérilisée contre les crises épileptiques, comme le chlorure de sodium il n'y a eu qu'une action éphémère.

Marfan, dans un cas de méningite tuberculeuse, a injecté quelques gouttes d'une solution de *sublimé* au dix millième sans en avoir d'effet ni favorable, ni défavorable.

2° *Sérums antitoxiques.* — Le seul qu'on ait introduit par ce procédé est le sérum antitétanique, il était en effet intéressant de chercher, quelle serait son efficacité lorsqu'il serait porté par cette voie au centre nerveux : les expériences comparatives de Sicard chez les animaux lui ont montré que l'antitoxine, ainsi injectée, se montrait plus active que par la voie sous-cutanée, mais moins active que par la voie cérébrale. Sur trois malades traités par lui, aucun n'a guéri. Heubner sur six enfants a constaté sa même impuissance. Dans un cas de tétanos puerpéral, Jacob aurait obtenu la guérison : si le fait se vérifiait sur d'autres malades, il aurait une importance considérable, on sait combien la guérison du tétanos abdominal est problématique, l'injection intra-cranienne elle-même étant stérile.

3° *Air stérilisé.* — L'introduction d'air stérilisé dans la cavité sous arachnoïdienne a été tentée, il y a quelque temps déjà par Weil, de Lyon; les succès obtenus dans la cure de la péritonite tuberculeuse par la simple laparotomie justifiaient cette intervention. L'auteur injecte de l'air filtré à travers un bouchon d'ouate stérilisé, placé dans un tube en verre interposé entre deux tubes de caoutchouc, l'un en rapport avec l'appareil injecteur, l'autre avec le trocart. La quantité injectée a varié entre 50 et 120 centimètres cubes. Sur sept cas, le seul accident observé a consisté en des convulsions toniques ayant duré deux ou trois minutes. La ponction avec injection d'air, semble avoir l'avantage de déplacer plus complètement le liquide céphalo-rachidien : elle a paru parfois prolonger la vie du malade plus que la ponction simple. L'appréciation des résultats est dans ces cas des plus délicates, puisqu'on ne peut espérer de l'intervention qu'un soulagement : cette méthode mérite cependant d'être signalée, elle n'est pas plus difficile à mettre en œuvre que la ponction simple; lorsqu'il s'agit de méningite tuberculeuse, le médecin est tellement désarmé que toute intervention, à condition de n'être pas nuisible, doit être mise en œuvre.

Telles sont les tentatives qui ont été faites pour se servir de la voie lombaire comme voie thérapeutique. Les résultats sont encore trop incomplets, trop peu nombreux pour que l'on puisse actuellement étayer sur les faits une opinion définitive. Ce n'est que par l'étude d'observations multiples, que l'on pourra arriver à des conclusions fermes. En tout cas, à l'heure actuelle, on est autorisé à employer la voie arachnoïdienne pourvu que l'on se soumette à une antisepsie rigoureuse et que l'on injecte les doses de la substance à employer, avec la plus grande prudence.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 25 avril 1900)

Présidence de M. SEVESTRE

M. Paul Dalché donne lecture d'une note intitulée : *Medication alcaline et médication acide dans un cas de rhumatisme chronique.*

Il rappelle que dans un travail en cours de publication, M. Joulie étudie l'acidité urinaire et ses variations au cours de diverses maladies, et qu'il insiste sur l'importance que prennent ces recherches pour établir des principes de thérapeutique.

Il y a plusieurs mois, l'auteur a été conduit à des résultats qui ne sont pas sans analogie avec ceux annoncés par M. Joulie.

Mais sans entrer aujourd'hui dans aucune discussion, et surtout sans tirer aucune conclusion, il désire seulement exposer un fait qui paraît intéressant.

Un homme de 61 ans, exerçant la profession de garçon de magasin, se trouvait au 1er octobre 1899 dans le service de l'Hôtel-Dieu, annexe, salle Saint-Antoine, n° 36.

Depuis plusieurs années il était atteint de rhumatisme chronique ayant frappé les poignets, les épaules, les genoux. Les articulations présentaient les déformations habituelles, et devenaient, par périodes, le siège de douleurs assez vives.

Suivant un traitement classique, le 20 octobre 1899, le malade fut soumis à la médication alcaline, et pour cela il prenait deux fois par jour un paquet de 5 grammes de citrate de soude, dans un demi-verre d'eau de Seltz.

Une longue série d'expériences entreprises depuis longtemps sur les conseils de Villejean ont amené l'auteur à considérer le citrate de soude comme un des agents les plus actifs de la médication alcaline (il se réserve de revenir sur ce point de thérapeutique).

Au bout de peu de jours en même temps que l'acidité (1) urinaire diminuait très notablement, les douleurs apparaissaient fort vives, les articulations se gonflaient, et le 29 octobre, il se déclarait même une hypérémie conjonctivale très intense dans les deux yeux ; le malade se plaignait de n'avoir jamais autant souffert.

(1) L'auteur a employé pour doser l'acidité urinaire, le procédé de M. Joulie par le sucrate de chaux ; ce procédé ne lui étant pas familier, l'auteur commit une erreur au début dans les calculs. Mais si les résultats ne sont pas rigoureusement exacts et pour ce motif ne pourront être donnés, les rapports dans les variations de l'acidité urinaire demeurent justes, l'erreur étant toujours la même pour tous les dosages

Le 4 novembre, le citrate de soude fut suspendu et sur les indications de Villejean auquel une médication acide fut demandée, on donna au malade un litre de limonade phosphorique par jour (c'est-à-dire 2 grammes d'acide phosphorique).

Les douleurs s'amendèrent rapidement, dès le 8 novembre, le mieux était manifeste et l'acidité urinaire augmentait.

La limonade phosphorique fut continuée avec des temps d'interruption plus ou moins longs, et le dosage de l'acidité urinaire donnait le 18 décembre, des résultats atteignant près du double de ceux obtenus avant toute médication alcaline ou acide.

Le malade avait engraissé, il ne souffrait plus, les articulations n'étaient plus gonflées, mais elles demeuraient fort raides.

La quantité des phosphates éliminés restait normale : 2 grammes 04.

Entre l'aggravation au temps de la médication alcaline, et l'amélioration au temps de la médication acide faut-il voir une pure coïncidence, ou un effet thérapeutique?

Une seule observation ne permet pas de tirer des conclusions, mais les modifications dans l'état du malade ont été fort brusques pour une simple coïncidence.

M. Bardet considère que les recherches dans le genre de celles qu'a faites M. Dalché sont fort importantes, car on s'est tenu jusqu'ici, sous le rapport du rhumatisme, aux idées empiriques, qui ont fait admettre chez ces malades un état d'hyperacidité organique. Or, il est certain que nombre de rhumatisants sont hypoacides et que les alcalins, dans ces conditions, provoqueront plutôt une recrudescence qu'une amélioration des crises douloureuses. Les dyspeptiques hyperchlorhydriques, qui souffrent souvent de douleurs rangées sous la dénomination de rhumatismales, présentent tous une hypoacidité telle que souvent leurs urines sont alcalines : L'administration d'acides produit dans ces conditions un effet curatif sur les douleurs. Parmi les acides dont il est possible de se servir, l'acide phosphorique est de beaucoup le plus agréable à prendre ; l'acide chlorhydrique irrite rapidement les dents et ne peut être prescrit à doses élevées, tandis que l'acide phosphorique peut être donné à des doses de 5 à 6 grammes par jour, sans aucun inconvénient. On se servira de l'acide phosphorique médicinal, dont on versera au compte-gouttes le nombre de gouttes prescrit dans de l'eau de Seltz, par exemple. On obtient ainsi rapidement une élévation du taux de l'acidité urinaire.

M. Dalché a utilisé le procédé de Joulie pour l'examen de l'acidité urinaire; ce procédé a été vivement attaqué, mais toutes les méthodes, jusqu'ici recommandées, ont eu le même sort : cela tient à ce que toutes donnent lieu à des résultats erronés, mais dans une faible mesure. Le procédé Joulie ne présente pas plus que les autres une exactitude mathématique, mais il est certainement le plus commode, le plus rapide et le plus sûr. Ce chimiste se sert du saccharate de chaux : ce réactif semble être un des rares qui donne constamment les mêmes chiffres pour une même urine examinée. Le titre normal de l'acidité, si tant est que l'on peut, dans ce domaine, admettre un type normal, varie entre 4 et 5, calculé en acide sulfurique. Chez le dyspeptique hyperchlorhydrique, on voit ce chiffre descendre à 0,5 et même à 0 au moment des repas.

On conçoit que l'administration d'acides puisse, dans des cas de ce genre, enrayer les fermentations pathologiques dont le tube digestif est le siège, et il en est ainsi en effet. Il est toutefois difficile, dans certains cas de ce genre, de faire supporter au malade une dose d'acide phosphorique supérieure à 3 grammes par jour : M. Bardet recommande d'associer alors des glycérophosphates acides (environ 7 grammes par jour) à l'acide phosphorique. On réussit même parfois en ne donnant pas d'acide phosphorique et en ne prescrivant que des glycérophosphates acides, à obtenir des résultats remarquables.

Pour 1 litre d'eau, l'orateur prescrit 2 à 4 grammes d'acide et 50 grammes de glycérophosphate : on prendra de ce mélange, un demi-verre à la fin de chaque repas.

L'orateur a cru remarquer que l'acide phosphorique médicinal présente un titre assez variable ; il faut donc faire vérifier, autant que faire se peut, ce titre avant de prescrire l'acide.

M. Barbier se demande si, dans l'observation de M. Dalché, ce n'est pas le radical phosphore qui a joué le rôle principal. Il est, en effet, curieux de constater que l'élimination urinaire de

phosphates n'a pas été, dans ce cas, augmentée par l'ingestion d'acide phosphorique : que conclure de cette constatation, sinon que l'organisme a retenu le médicament?

M. Dalché a eu l'occasion d'observer une rhumatisante chronique chez laquelle l'administration d'acide phosphorique a même fait baisser le chiffre des phosphates éliminés par l'urine.

M. Bardet fait remarquer que tout sujet en état d'hypoacidité perd des quantités vraiment énormes de phosphates urinaires, et que ce phénomène disparaît dès que l'acidité remonte, mais si l'on voulait se rendre un compte bien exact du processus, il ne faudrait pas oublier d'examiner à ce point de vue les matières fécales.

On peut, d'un autre côté, objecter à la conclusion de M. Barbier, que l'acide phosphorique n'est pas seul à produire ces résultats : tous les autres acides sont dans le même cas.

M. Chassevant, à propos de l'insuccès du citrate de soude chez le malade de M. Dalché, rappelle que plusieurs auteurs étrangers ont constaté que le citrate de soude contribue à la formation de l'acide urique et ne peut que nuire chez les malades présentant déjà un excès de cet acide.

M. Bouloumié a pu constater que le traitement du rhumatisme goutteux par le jus de citron, médication proposée, il y a quelque temps et adoptée par le public, le plus souvent en dehors de toute prescription médicale, réussit chez certains malades, tandis qu'il est inactif ou même nuisible chez beaucoup d'autres.

M. Cautru étudie depuis trois ans la question du rôle de l'acide phosphorique dans la thérapeutique de l'arthritisme. Il faut poser en principe que les urines des arthritiques sont *hypoacides à jeun* ; il en est de même chez les diabétiques. L'acide phosphorique, à la dose de 50 à 100 gouttes par jour, pris aux repas, agira d'une façon remarquable sur maintes manifestations arthritiques, telles que l'eczéma, la persistance de la furonculose, la goutte, etc.

M. Albert Robin a entrepris des recherches sur le citrate de soude : contrairement aux auteurs dont a parlé M. Chassevant, il a pu reconnaître que le citrate de soude n'augmente le taux de l'acide urique que dans les trois à quatre premiers jours d'administration passé ce délai, on observe une diminution manifeste qui ramène le taux de l'acide, bien au-dessous de celui constaté au début du traitement. Cette diminution peut atteindre 33 0/0.

M. Bouloumié donne lecture d'une note intitulée : *influence de la grippe sur les manifestations arthritiques.*

Lorsqu'on étudie de près les suites de l'épidémie grippale de 1899-1900, on voit que le bloc des manifestations post-grippales a été considérable. On constate que les manifestations arthritiques franches sont peu nombreuses relativement à l'ensemble et que le plus souvent elles peuvent être considérées soit comme des coïncidences, soit comme les suites d'une maladie aiguë quelconque.

L'auteur présente une suite d'observations détaillées d'où il résulte que chez les malades traités par lui, l'influence de la grippe a été nulle sur les manifestations articulaires et néphrétiques de l'arthritisme et qu'elle ne s'est fait sentir d'une manière appréciable que sur l'état de la sécrétion urinaire et plus particulièrement sur l'état des voies digestives et des voies biliaires.

Une question de pathogénie intéressante se pose à l'occasion de deux cas dans lesquels la gravelle biliaire semble bien être née sous l'influence de la grippe, mais que l'absence d'examen et d'expériences bactériologiques sur les selles biliaires évacuées empêchent de résoudre, c'est celle de savoir si c'est sous l'influence de l'état arthritique seul qu'est née la lithiase biliaire à l'occasion de la grippe ou si cette lithiase biliaire est née chez un arthritique par le fait d'une infection cholécystique causée par la bacille de Pfeiffer.

Quoiqu'il en soit, il est certain qu'ainsi que le disait récemment à l'Académie, M. Huchard, les manifestations extra-thoraciques souvent latentes de la grippe doivent être surveillées et qu'il y a lieu notamment chez les arthritiques en particulier de surveiller l'état des fonctions rénales et hépatiques ; il y a lieu d'instituer et de maintenir jusqu'à guérison complète une hygiène thérapeutique rationnelle, dont le lait et les eaux minérales pouvant être ingérées sans inconvénient

en grandes quantités, constituent les éléments importants. Evian, Vittel Grande source, Contréxeville paraissent particulièrement indiquées.

L'influence favorable de l'exagération des sécrétions ne s'exerce pas seulement au point de vue curatif, mais encore au point de vue prophylactique, en ce qui concerne la grippe, car on a constaté, par exemple, à Dax, au cours d'une forte épidémie de grippe, que les baigneurs-masseurs, passant une grande partie de la journée dans les salles de bains et de sudation, restèrent seuls indemnes.

En résumé, la grippe n'exerce pas d'action spéciale sur les manifestations articulaires et néphrétiques de l'arthritisme, mais elle influence défavorablement les fonctions digestives et favorise la production de la gravelle biliaire et uratique.

Il faut donc favoriser les éliminations en suractivant les sécrétions biliaire et urinaire au cours de la maladie et de la convalescence.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement des arrêts de croissance, par SPRONGER (*Académie de médecine*, 9 janvier 1900). — Les causes du ralentissement et de l'arrêt dans la croissance sont dues le plus souvent à des intoxications acquises ou transmises par les parents; telle est l'action de l'alcool, de la morphine, du plomb. De toutes les maladies qui produisent le même effet, l'hérédo-syphilis occupe le premier rang; toutes les manifestations toxi-infectieuses peuvent aboutir à ce résultat par dystrophie générale en déterminant des lésions du système vasculaire qui entravent le développement. Enfin, les troubles gastro-intestinaux chroniques et l'insuffisance thyroïdienne peuvent être incriminés parfois.

La thérapeutique découle de ces données étiologiques.

Si l'insuffisance thyroïdienne peut être mise en cause, l'ingestion de corps thyroïde à l'état frais, préférable à celle de tablettes ou de capsules sera prescrite. On écartera de l'alimentation l'alcool, la viande en excès, etc.

Parmi les moyens qui peuvent favoriser la croissance, l'ablation des végétations adénoïdes du pharynx et des amygdales est indiquée, lorsque ces organes, par leur hypertrophie trop considérable, entravent la pénétration de l'oxygène de l'air qui est l'un des facteurs les plus importants de la croissance. Les exercices de la gymnastique suédoise, qui développent le périmètre thoracique et la capacité respiratoire, favorisent cet apport si salutaire de l'oxygène. Dans certains cas, il sera utile de pratiquer l'aération continue, même la nuit.

La médication saline et l'hydrothérapie donnent de bons résultats dans toutes les variétés des troubles de la croissance trop ralentie.

On peut réveiller l'activité formatrice du cartilage de conjugaison par des excitations locales : applications pendant la nuit de compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux-mères, des sels d'eaux-mères et du chlorure de sodium. Les frictions et le massage sont des adjuvants utiles; mais les applications électriques sont plus efficaces. On obtient des résultats rapides en combinant l'électricité statique et la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur.

G. LYON.

Traitement de la lymphadénie, par G. LEMOINE (*Le Nord médical*, 1er février 1900). — La lymphadénie ou diathèse lymphogène peut se manifester sous trois formes principales :

1° Dans la première, le sang est seul altéré, sans que les ganglions ou les organes lymphogènes soient atteints ;

2° Dans une variété les altérations du sang et les productions adénoïdes marchent parallèlement. Il y là, tout à la fois, leucémie et lymphadénie ; les globules blancs se multiplient dans le sang, tandis que la rate et les ganglions s'hypertrophient ;

3° La troisième variété comprend les cas décrits sous le nom d'adénie ; le sang est normal, mais les lymphadénomes et les tumeurs ganglionnaires sont très développés.

Les causes de la lymphadénie sont des plus obscures; on est cependant tenté de croire qu'elle est d'origine infectieuse.

Chez tout malade atteint de lymphadénie, il faut avoir soin de maintenir en excellent état les fonctions digestives.

Les malades devront manger abondamment

pour augmenter leurs forces généralement diminuées; ils vivront au grand air et feront des promenades courtes mais fréquentes.

Il est bon de chercher à activer la circulation du sang et à faciliter son contact avec l'oxygène.

Dans ce but, on pourra se servir des inhalations d'oxygène, elles seront répétées chaque jour aussi fréquemment qu'il sera possible au malade.

Cette médication diminue la dyspnée qui peut se manifester, même pendant le repos, chez les sujets dont la leucémie est très développée ; si elle n'amène pas la guérison elle soulage toujours. Lorsque les forces du malade le permettront, on lui fera prendre des douches très courtes, tièdes ou froides, suivies de frictions et de massage.

A défaut de douches, on fera matin et soir des frictions sur les membres avec un mélange alcoolique excitant du genre de celui-ci :

Alcool à 50°.....	100
Eau de lavande.....	50
Essence de térébenthine.	25

Mélanger.

On tâchera d'amener une légère rubéfaction de la peau et les frictions seront accompagnées d'un léger massage.

En outre, s'il existe de l'impaludisme, on essayera de la quinine à petites doses ; en cas d'anémie, on prescrira le protoxalate de fer, etc.

Les iodures n'ont pas donné de brillants résultats, car ils augmentent la cachexie. Le phosphore, la moelle osseuse, ont tour à tour été abandonnés.

Seul l'arsenic, à l'intérieur, sous forme de gouttes de Fowler, en injections dans les tumeurs ganglionnaires (liqueur de Fowler, eau distillée, parties égales, en commençant par une division de la seringue pour arriver à une demi-seringue tous les deux jours) semble représenter un médicament efficace. L'arsenic sera mieux toléré si on l'additionne, par voie stomacale, de laudanum.

Liqueur de Fowler.....	X gouttes
Laudanum de Sydenham...	X —
Julep gommeux.....	100 gr.

A prendre en trois fois, dans la journée, au commencement des repas. En tous cas, il est nécessaire de bien connaître les accidents d'intolérance pour être prudent, le cas échéant. Ce sont en général, des maux de tête, des douleurs névralgiques, un état fébrile parfois assez accentué, de la pharyngite, du coryza aigu, des bourdonnements d'oreilles, des troubles oculaires, de la congestion de la face, des exanthèmes...

La durée du traitement est assez longue. Quand on fait des injections interstitielles, l'atrophie des tumeurs ganglionnaires se fait avec une rapidité extraordinaire pendant la première semaine, mais plus lentement ensuite. Il faut souvent attendre des mois pour avoir un résultat satisfaisant.

Il semble, en résumé, bien démontré qu'à l'heure actuelle, de tous les traitements qui ont été successivement préconisé contre les diverses manifestations de la lymphadénie, celui par l'arsenic doit être choisi de préférence aux autres. Le mécanisme de son action est encore ignoré, mais son efficacité thérapeutique semble réelle. Il y a donc lieu de l'employer, car les contre-indications sont exceptionnelles, et il n'a guère que le défaut d'agir lentement et de demander un emploi continu jusqu'à la guérison complète de la maladie.

E. Vogt.

Les indications du régime lacté dans le traitement des albuminuries, par Mabboux (*La Belgique médicale*, 15 février 1900). — L'auteur met en garde contre les inconvénients du régime lacté absolu dans les cas d'albuminurie fonctionnelle.

Dans bien des cas, le régime lacté rigoureux n'a amené d'autre résultat qu'un affaiblissement extrême, une anémie menaçante sans disparition de l'albumine, et l'état des malades s'améliorait sensiblement par le simple relèvement de l'alimentation, combiné avec une cure hydrique mitigée.

Le régime lacté, même exclusif, s'impose dans les néphrites déclarées, alors que l'albuminurie s'accompagne de modifications profondes dans le milieu urinaire, dues à la destruction partielle de la glande rénale. Lorsque l'urémie menace, et surtout dans les néphrites à prédominance épithéliale, tout est subordonné à l'indication de favoriser la diurèse et de restreindre le plus possible la formation des produits de désassimilation. C'est justement la perspective de ces obligations dans la période avancée des néphrites qui doit empêcher de prescrire le lait d'une façon banale à la première constatation d'albumine, au risque d'établir l'accoutumance et d'émousser une arme précieuse.

Dans toute albuminurie lésionnelle ou fonctionnelle, le lait constitue une bonne boisson de table pourvu que l'estomac le supporte; c'est un des meilleurs diurétiques et un des plus sûrs calmants de l'irritation rénale.

L'auteur ne proteste donc que contre la prescription systématique du régime lacté et son emploi à titre spécifique contre des albuminu-

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement des arrêts de croissance, par Spronger (*Académie de médecine*, 9 janvier 1900). — Les causes du ralentissement et de l'arrêt dans la croissance sont dues le plus souvent à des intoxications acquises ou transmises par les parents; telle est l'action de l'alcool, de la morphine, du plomb. De toutes les maladies qui produisent le même effet, l'hérédo-syphilis occupe le premier rang; toutes les manifestations toxi-infectieuses peuvent aboutir à ce résultat par dystrophie générale en déterminant des lésions du système vasculaire qui entravent le développement. Enfin, les troubles gastro-intestinaux chroniques et l'insuffisance thyroïdienne peuvent être incriminés parfois.

La thérapeutique découle de ces données étiologiques.

Si l'insuffisance thyroïdienne peut être mise en cause, l'ingestion de corps thyroïde à l'état frais, préférable à celle de tablettes ou de capsules sera prescrite. On écartera de l'alimentation l'alcool, la viande en excès, etc.

Parmi les moyens qui peuvent favoriser la croissance, l'ablation des végétations adénoïdes du pharynx et des amygdales est indiquée, lorsque ces organes, par leur hypertrophie trop considérable, entravent la pénétration de l'oxygène de l'air qui est l'un des facteurs les plus importants de la croissance. Les exercices de la gymnastique suédoise, qui développent le périmètre thoracique et la capacité respiratoire, favorisent cet apport si salutaire de l'oxygène. Dans certains cas, il sera utile de pratiquer l'aération continue, même la nuit.

La médication saline et l'hydrothérapie donnent de bons résultats dans toutes les variétés des troubles de la croissance trop ralentie.

On peut réveiller l'activité formatrice du cartilage de conjugaison par des excitations locales : applications pendant la nuit de compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux-mères, des sels d'eaux-mères et du chlorure de sodium. Les frictions et le massage sont des adjuvants utiles; mais les applications électriques sont plus efficaces. On obtient des résultats rapides en combinant l'électricité statique et la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur.

G. Lyon.

Traitement de la lymphadénie, par G. Lemoine (*Le Nord médical*, 1er février 1900). — La lymphadénie ou diathèse lymphogène peut se manifester sous trois formes principales :

1° Dans la première, le sang est seul altéré, sans que les ganglions ou les organes lymphogènes soient atteints ;

2° Dans une variété les altérations du sang et les productions adénoïdes marchent parallèlement. Il y là, tout à la fois, leucémie et lymphadénie ; les globules blancs se multiplient dans le sang, tandis que la rate et les ganglions s'hypertrophient ;

3° La troisième variété comprend les cas décrits sous le nom d'adénie ; le sang est normal, mais les lymphadénomes et les tumeurs ganglionnaires sont très développés.

Les causes de la lymphadénie sont des plus obscures; on est cependant tenté de croire qu'elle est d'origine infectieuse.

Chez tout malade atteint de lymphadénie, il faut avoir soin de maintenir en excellent état les fonctions digestives.

Les malades devront manger abondamment

pour augmenter leurs forces généralement diminuées; ils vivront au grand air et feront des promenades courtes mais fréquentes.

Il est bon de chercher à activer la circulation du sang et à faciliter son contact avec l'oxygène.

Dans ce but, on pourra se servir des inhalations d'oxygène, elles seront répétées chaque jour aussi fréquemment qu'il sera possible au malade.

Cette médication diminue la dyspnée qui peut se manifester, même pendant le repos, chez les sujets dont la leucémie est très développée ; si elle n'amène pas la guérison elle soulage toujours. Lorsque les forces du malade le permettront, on lui fera prendre des douches très courtes, tièdes ou froides, suivies de frictions et de massage.

A défaut de douches, on fera matin et soir des frictions sur les membres avec un mélange alcoolique excitant du genre de celui-ci :

Alcool à 50°.....	100
Eau de lavande.....	50
Essence de térébenthine.	25

Mélanger.

On tâchera d'amener une légère rubéfaction de la peau et les frictions seront accompagnées d'un léger massage.

En outre, s'il existe de l'impaludisme, on essayera de la quinine à petites doses ; en cas d'anémie, on prescrira le protoxalate de fer, etc.

Les iodures n'ont pas donné de brillants résultats, car ils augmentent la cachexie. Le phosphore, la moelle osseuse, ont tour à tour été abandonnés.

Seul l'arsenic, à l'intérieur, sous forme de gouttes de Fowler, en injections dans les tumeurs ganglionnaires (liqueur de Fowler, eau distillée, parties égales, en commençant par une division de la seringue pour arriver à une demi-seringue tous les deux jours) semble représenter un médicament efficace. L'arsenic sera mieux toléré si on l'additionne, par voie stomacale, de laudanum.

Liqueur de Fowler.....	X gouttes
Laudanum de Sydenham...	X —
Julep gommeux.....	100 gr.

A prendre en trois fois, dans la journée, au commencement des repas. En tous cas, il est nécessaire de bien connaître les accidents d'intolérance pour être prudent, le cas échéant. Ce sont en général, des maux de tête, des douleurs névralgiques, un état fébrile parfois assez accentué, de la pharyngite, du coryza aigu, des bourdonnements d'oreilles, des troubles oculaires, de la congestion de la face, des exanthèmes...

La durée du traitement est assez longue. Quand on fait des injections interstitielles, l'atrophie des tumeurs ganglionnaires se fait avec une rapidité extraordinaire pendant la première semaine, mais plus lentement ensuite. Il faut souvent attendre des mois pour avoir un résultat satisfaisant.

Il semble, en résumé, bien démontré qu'à l'heure actuelle, de tous les traitements qui ont été successivement préconisé contre les diverses manifestations de la lymphadénie, celui par l'arsenic doit être choisi de préférence aux autres. Le mécanisme de son action est encore ignoré, mais son efficacité thérapeutique semble réelle. Il y a donc lieu de l'employer, car les contre-indications sont exceptionnelles, et il n'a guère que le défaut d'agir lentement et de demander un emploi continu jusqu'à la guérison complète de la maladie.

E. Vogt.

Les indications du régime lacté dans le traitement des albuminuries, par Massoux (*La Belgique médicale*, 15 février 1900). — L'auteur met en garde contre les inconvénients du régime lacté absolu dans les cas d'albuminurie fonctionnelle.

Dans bien des cas, le régime lacté rigoureux n'a amené d'autre résultat qu'un affaiblissement extrême, une anémie menaçante sans disparition de l'albumine, et l'état des malades s'améliorait sensiblement par le simple relèvement de l'alimentation, combiné avec une cure hydrique mitigée.

Le régime lacté, même exclusif, s'impose dans les néphrites déclarées, alors que l'albuminurie s'accompagne de modifications profondes dans le milieu urinaire, dues à la destruction partielle de la glande rénale. Lorsque l'urémie menace, et surtout dans les néphrites à prédominance épithéliale, tout est subordonné à l'indication de favoriser la diurèse et de restreindre le plus possible la formation des produits de désassimilation. C'est justement la perspective de ces obligations dans la période avancée des néphrites qui doit empêcher de prescrire le lait d'une façon banale à la première constatation d'albumine, au risque d'établir l'accoutumance et d'émousser une arme précieuse.

Dans toute albuminurie lésionnelle ou fonctionnelle, le lait constitue une bonne boisson de table pourvu que l'estomac le supporte; c'est un des meilleurs diurétiques et un des plus sûrs calmants de l'irritation rénale.

L'auteur ne proteste donc que contre la prescription systématique du régime lacté et son emploi à titre spécifique contre des albuminu-

ries dont rien ne permet d'affirmer l'origine rénale, alors au contraire que tout milite en faveur d'un simple trouble fonctionnel, peut-être accompagné de stase sanguine ou d'une altération trophique superficielle et transitoire de l'épithelium. Un grand nombre de médecins instituent le régime lacté sur le simple constat d'urines albumineuses; dans la crainte du mal de Bright, ils placent trop souvent le malade, en le nourrissant d'une façon insuffisante, dans les conditions les mieux faites pour le provoquer.

Le médecin qui découvre une albuminurie chez un sujet dont la santé paraît bonne, devra avant tout rechercher la cause de cette albuminurie.

Si les résultats de son examen démontrent l'existence d'une néphrite chronique installée sournoisement à la suite d'une néphrite infectieuse, scarlatineuse ou grippale, il n'y a pas lieu de songer à une thérapeutique pathogénique : c'est de l'atteinte portée à la fonction dépuratrice du rein qu'il faut se préoccuper. L'hygiène alimentaire passera au premier plan et le lait, à la fois médicament et aliment, aura de nombreuses et pressantes indications, sans qu'on doive pourtant le considérer comme un spécifique.

Mais si les circonstances de cette albuminurie sont en contradiction avec l'idée d'une lésion rénale permanente, on doit admettre l'origine purement fonctionnelle de ce symptôme et s'attacher à en déterminer la cause, parce que c'est contre elle que le traitement devra être dirigé. Nerveuse, gastro-hépatique, prégoutteuse, etc., l'albuminurie peut toujours être atteinte dans sa cause et son traitement doit être pathogénique. Malgré le maintien d'un état de santé satisfaisant, le traitement s'impose parce que le trouble fonctionnel négligé peut aboutir à une lésion.

A côté du traitement pathogénique, il faut faire celui du symptôme, c'est-à-dire s'efforcer par une hygiène appropriée de prévenir ou de dissiper l'irritation rénale; à ce point de vue, l'indication du lait se rencontrera fréquemment sous forme de régime mixte plutôt qu'exclusif. Il faut se garder de tout parti-pris pour ou contre son emploi, mais, en tout cas, on devra éviter d'affaiblir les sujets en leur imposant une alimentation insuffisante, comme de les écœurer et de fatiguer leurs organes digestifs par une insistance intempestive.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique de la lumière électrique dans les affections rhumatismales (*Wratsch* n° 6, 1900). — Moubinoff après avoir constaté sur lui-même — il était atteint de rhumatisme aigu — l'action favorable de l'arc de Volta, a commencé dès 1897 des essais cliniques sur ce nouvel agent thérapeutique.

Dans la majorité des cas, l'auteur s'est servi de l'arc de Volta de 20 à 25 ampères et de 50 à 60 volts. Sa lumière a été réfléchie par un miroir parabolique et l'on supprimait parfois l'action des rayons caloriques. Sans se prononcer définitivement sur la valeur thérapeutique de la lumière électrique, car, étant donné l'état actuel de nos connaissances sur son action physiologique il serait prématuré de formuler des conclusions absolues, l'auteur croit pouvoir pour le moment faire les constatations suivantes :

1° La température de la lumière de l'arc voltaïque (20 ampères) réfléchie par un miroir parabolique se trouve en rapport direct avec la distance. Ainsi à distance de 125 centimètres de la source de lumière, elle est de 110°, tandis que à distance de 4 mètres elle n'est que 24,2° ;

2° La lumière de l'arc voltaïque (avec ou sans rayons caloriques) agit non seulement sur les couches superficielles des téguments (peau et couche sous-cutanée) mais encore sur les couches profondes des tissus ;

3° Le faisceau lumineux de l'arc voltaïque ayant traversé un tissu vivant décompose le bromure d'argent sur une plaque lumineuse ;

4° L'action sur une plaque lumineuse au gélatino-bromure n'est pas propre exclusivement aux rayons bleu-violets du spectre, elle appartient également à d'autres rayons du spectre;

5° Le faisceau lumineux ayant traversé un tissu vivant agit sur la plaque au gélatino-bromure d'autant plus rapidement et d'une façon d'autant plus intense que le tissu est plus mince et que les rayons sont plus concentrés ;

6° La clarté du faisceau lumineux (de la totalité du faisceau et non seulement de ses rayons dits chimiques) ayant traversé un tissu vivant est considérablement moins grande que celle d'un faisceau qui est sur le point de pénétrer dans ce tissu, ce qui tient évidemment à l'épaisseur et aux propriétés du tissu ;

7° Pour l'action thérapeutique, il faut employer le faisceau lumineux dans sa totalité sans exclure les rayons caloriques, là où c'est possible;

8° La lumière de l'arc voltaïque dirigée sur une portion donnée de la peau y détermine une hyperémie qui est d'autant plus intense que la source de la lumière est plus près et plus intense; cependant dans quelques cas l'hyperémie se produit même lorsqu'on a supprimé dans le faisceau lumineux les rayons caloriques. Lorsque la lumière électrique tombe sur la peau perpendiculairement, l'hyperémie se produit plus rapidement et est plus intense que lorsque la direction du faisceau est oblique ;

9° En outre de l'hyperémie, le faisceau lumi-

neux détermine au point de son action de la sudation ; lorsque la température des rayons lumineux est élevée, la sudation est intense ; assez souvent — si l'action du faisceau lumineux est prolongée — l'action devient générale ;

10° Sur quelque région qu'on dirige le faisceau lumineux de l'arc voltaïque (avec ou sans rayons caloriques) on constate une modification de l'onde du pouls ;

11° Au bout de quelques heures d'action de la lumière électrique sur telle ou telle région du corps on observe dans la majorité des cas une fatigue générale, de la somnolence — et plus rarement — de l'excitation plus ou moins prononcée ;

12° Tout d'abord on constate, en ce qui concerne l'action thérapeutique de la lumière électrique, la diminution ou même la disparition complète des sensations douloureuses ; cette diminution ou disparition persiste pendant un laps de temps variant de quelques heures à deux jours. Si le traitement est plus ou moins prolongé, les douleurs s'atténuent ou disparaissent complètement ;

13° Sous l'influence des rayons électriques les exsudats articulaires qui existent dans les affections rhumatismales et dans les affections séreuses des plèvres disparaissent ; il en est de même de l'œdème des affections goutteuses (cet œdème disparaît assez rapidement). Il y a des cas de récidive ;

14° La lumière électrique exerce évidemment une certaine influence sur la marche de la température, elle agit d'une façon antithermique ;

15° La lumière de l'arc voltaïque (20 à 25 ampères et 50 à 60 vols) est suffisante pour guérir des affections développées sur le terrain rhumatismal, ainsi que pour le traitement de certaines maladies cutanées ;

16° La lumière électrique occupera incontestablement une grande place dans l'arsenal thérapeutique. Mais pour le moment il ne faut s'en servir qu'avec précaution. Les résultats encore incomplets obtenus à l'heure actuelle montrent déjà qu'on ne saurait considérer la lumière électrique comme un agent thérapeutique absolument sans danger.

J. Roubleff.

De quelques traitements de l'alcoolisme et de celui employé à l'asile Cery par de Martines (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 20 mars 1900. — Le premier soin dans le traitement de l'alcoolisme chronique, est d'éloigner le malade de son milieu habituel. Dans quelques pays on a installé des asiles spéciaux pour ce genre de malades ; à défaut de ces asiles spéciaux le malade est traité dans une maison d'aliénés.

On a essayé avec succès le traitement par l'hypnotisme suggestif, mais ce moyen n'est pas pour inspirer une grande confiance.

Depuis quelque temps, on s'efforce partout de fonder des sociétés d'abstinence qui ont pour but de diminuer les ravages causés par l'alcoolisme.

Kaklbaum propose d'exiler les alcooliques dans une île lointaine, où la fabrication et l'importation des alcools seraient rendues impossible.

Dans un hôpital de Chicago, ou traite ces alcooliques par une potion à prendre et des injections sous-cutanées d'une solution contenant de la strychnine. Si le malade cherche à prouver l'inutilité de la méthode en se remettant à boire, on lui fait une nouvelle injection à laquelle on a ajouté 0,006 d'apomorphine pour amener des vomissements ; ce résultat a pour but, de persuader au patient, qu'à la suite de la médication qu'il vient de subir il ne peut plus supporter de boisson alcoolique. Il n'essaye plus de boire, dit-on, et il guérit.

En Russie, on préconise le traitement par la strychnine ; quelques praticiens, après une seule injection de 0,01 de nitrate de strychnine, ont obtenu une guérison complète.

Ce traitement, essayé ailleurs, n'a été suivi d'aucun effet.

Clouston traite ses malades, par des promenades au grand air, une alimentation composée de lait coupé d'eau de potasse gazeuse et de beef-tea, en alternant. Au bout de trois jours, on administre, selon le cas, de la quinine et de l'acide nitro-muriatique. L'état s'améliore rapidement et la guérison se fait au bout d'une semaine environ.

A l'asile Cery, on procède de la façon suivante :

Le malade est tout d'abord isolé, protégé contre lui-même et mis hors d'état de nuire à son entourage. S'il est malpropre, s'il se livre à des violences, tente d'attenter à son existence, il est placé dans une cellule aérée, bien chauffée, dépouillé de tout vêtement, couché sur une litière de varech. Il ne faut pas l'empêcher de s'agiter et de crier ; jamais la camisole de force n'est employée à l'asile Cery parce qu'elle fait plus de mal que de bien ; loin de contenir le malade elle l'épuise par les efforts qu'il fait pour s'en délivrer. Si le malade est propre et tranquille, on le met dans un lit spécial (lit à ficelle) sur les côtés duquel s'élèvent des treillis en ficelle offrant de l'élasticité et qui ne gêneront nullement les mouvements des bras et des jambes ; le malade peut donc s'y débattre à son aise.

Puis pour le faire dormir on lui donne de 1 gr. 50 à 2 gr. d'hydrate de chloral en une fois ;

si le sommeil ne se produit pas, on lui administre dans du vin ou de la bière, deux doses de 1 gr. 50 à deux heures d'intervalle; on ne dépasse presque jamais 3 gr. de chloral.

L'expérience ayant démontré qu'il ne faut pas retrancher du jour au lendemain, tout alcool à un homme qui en est saturé, on donne parfois deux verres de vin par jour, en moyenne, pendant la première semaine ; après quoi abstinence complète; du reste, il n'y a pas de règle fixe ; l'âge et l'état général du malade doivent guider le praticien ; souvent même, on peut cesser le vin le second jour.

Les médicaments s'absorbent beaucoup mieux et plus rapidement s'ils sont donnés dans un mélange légèrement alcoolisé.

Si le malade refuse de prendre intérieurement le chloral, on lui fait une injection sous-cutanée de duboisine ou d'hyoscine de 0,001 qui remplace avantageusement le chloral : l'auteur ne se sert jamais de morphine, il ne faut jamais donner de la morphine à un alcoolique le jour même où il a pris le chloral ; les expériences ont prouvé qu'il faut éviter la combinaison de ces deux médicaments.

Pour régulariser les selles, on donne le matin, du sel de Carlsbad artificiel.

En outre, dès que le malade commence à se calmer, on lui fait prendre des bains tièdes d'une demi-heure à une heure de durée.

Le calme obtenu, ce qui arrive généralement au bout de trois ou six jours, on met le malade dans la salle de garde ou dans une autre division et on continue un régime fortifiant.

Si à l'examen quotidien des poumons on constate des symptômes de pneumonie, on continue à donner autant de vin que le malade en désire.

Une fois amélioré, on occupe l'alcoolisé d'abord dans la division, plus tard au grand air, à la campagne. On lui adresse chaque jour quelques paroles sur son avenir, attirant son attention sur le danger qu'il y a pour lui de boire de l'alcool.

Lorsqu'un malade propose de signer un engagement à ne plus boire on l'y encourage, mais s'il s'y refuse on ne cherche en aucune façon à lui imposer cette obligation.

L'auteur termine, en mettant en garde les hygiénistes contre l'exagération manifeste de certaines campagnes anti-alcooliques : il cite l'exemple de l'Allemagne, où, de tout temps, on a usé largement de boissons alcooliques, sans qu'il paraisse aujourd'hui que la race fût dégénérée, et l'oppose à celui des peuples musulmans, auxquels l'abstinence ne semble pas avoir beaucoup profité.

E. Vogt.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Le bleu de méthylène dans la malaria, par Smithwick (*Merck's archives*, février 1900). — Le quinquina est universellement employé contre la malaria, c'est le meilleur remède connu pour combattre cette affection ; l'administration de ce médicament provoque cependant parfois des symptômes désagréables qui pour certains individus deviennent pires que le mal.

La quinine produit également ces effets fâcheux. Ces idiosyncrasies ont engagé plusieurs chimistes à rechercher un remède pouvant être un succédané de la quinine, ce qui les a amenés à expérimenter le bleu de méthylène ; quoiqu'ils ne soient pas tous d'accord pour admettre que ce médicament peut remplacer la quinine ils en reconnaissent tous l'utilité, et les propriétés anti-malariques.

Le bleu de méthylène employé en médecine, est le simple chlorhydrate de tétraméthyle thionine sans arsenic, ni zinc. Il apparaît sous l'aspect de petits cristaux d'une coloration bleu indigo. Il est soluble dans l'eau mais peu dans l'alcool. Il ne faut pas confondre cette substance avec le bleu de méthylène employé en teinturerie, ni avec celui que l'on emploie en applications locales dans certains cas de diphtérie.

Le bleu de méthylène, employé à l'intérieur, est généralement administré en doses de 0,10 grammes, six fois par jour ; à cause de son goût désagréable, l'auteur préfère le donner sous forme de capsules ou de pilules. Une heure environ après absorption, il apparait dans les urines, auxquelles il donne une forte coloration bleue. Le médicament est fortement diurétique, propriété importante à considérer surtout lorsque la malaria se complique d'une tendance à l'hématurie.

L'auteur a constaté des effets rapides dans toutes les formes de malaria qu'il a eues à traiter; il n'a jamais enregistré aucun de ces effets désagréables que provoque la quinine.

Moncorvo croit le bleu de méthylène capable de détruire l'hématozoaire quoique ne possédant dans ce cas aucun avantage sur la quinine.

Rosin a fait des expériences parallèles entre la quinine et le bleu de méthylène, concernant leurs propriétés antiparasitaires. Ces expériences faites directement sur le sang prouvèrent que, l'action parasiticide du bleu de méthylène est plus prompte que celle de la quinine.

Guttman et Ehrlich, ont employé le bleu de méthylène dans la malaria par doses de

0,40 grammes par jour, et ont obtenu de prompts résultats.

Ces observations s'accordent avec celles de l'auteur. Des 50 malades traités par lui, 7 sont morts, 3 de ces derniers refusèrent de prendre le bleu de méthylène, et l'auteur pense qu'ils auraient guéri s'ils avaient voulu se soumettre à cette médication.

Dans la malaria hémorragique, le bleu de méthylène paraît avoir une double action, celle d'un parasiticide et d'un diurétique. Après l'administration, les urines s'éclaircirent et les paroxysmes disparurent.

Dans tous ces différents cas, le traitement fut continué pendant dix jours après le dernier frisson. Il ne fut observé qu'une seule rechute qui céda à l'administration de nouvelles doses du médicament.

En résumé, le bleu de méthylène est un succédané parfait de la quinine et peut être donné avec la même confiance que celle-ci, chaque fois que cette dernière est indiquée dans le traitement de la malaria.

Il n'y a pas à redouter d'idiosyncrasie, ni d'effet fâcheux, effet résultant de l'emploi du bleu de méthylène, lorsque son administration est bien surveillée.

C'est le remède par excellence dans la malaria compliquée d'hématurie, pour les raisons ci-dessus indiquées.

C'est également le remède nécessaire dans la malaria survenant pendant la grossesse car il n'exerce pas d'effet toxique sur l'utérus et facilite la diurèse.

E. Vogt.

Du tubage dans les laryngites de la rougeole, par Sevestre (*Société de Pédiâtrie*, 10 avril 1900). — Dans les laryngites de la rougeole, qu'il s'agisse de rougeole pure ou associée à la diphtérie, tout le monde est d'accord sur ce point, qu'il faut intervenir le moins possible, et le plus tard possible que ce soit par le tubage ou par la trachéotomie. Mais, dans les cas où la laryngite amène des suffocations, telles que la mort par asphyxie est à craindre, l'intervention est inévitable. Faut-il tuber? Faut-il trachéotomiser? C'est là que les divergences commencent.

Dans le service de diphtérie de M. Sevestre, le tubage a été, en règle, employé d'abord.

34 enfants atteints de suffocations au cours de diphtérie, compliquée de rougeole, ont été traités par le seul tubage, 20 sont morts; 14 ont guéri; 3 ont été tubés, puis trachéotomisés, et sont tous morts. Il faut tenir compte que la trachéotomie a été appliquée aux cas désespérés.

M. Sevestre n'a pas observé que le tubage chez les rougeoleux, ait des inconvénients, tels qu'ulcérations, infections bronchiques, etc., lorsqu'on laisse le tube trois ou quatre jours au plus. Les 14 guéris n'ont eu aucun accident laryngé, et sur les larynx qu'il a pu voir à l'autopsie, parmi les 20 décédés, il n'a jamais trouvé de lésions ultérieures dues à la présence du tube.

Quant aux infections bronchiques, elles sont moins à redouter avec le tubage qu'avec la trachéotomie, laquelle crée une plaie pouvant servir de porte d'entrée à l'infection et fait arriver ensuite dans la trachée, un air non tamisé par un passage naso-buccal. Il est vrai que c'est de broncho-pneumonie que sont morts tous les décédés; mais cette complication ne paraît pas due au tube, mais bien à la rougeole elle-même.

M. Sevestre a traité également des laryngites suffocantes dans des rougeoles sans diphtérie apparente (il arrive parfois que le bacille de Lœffler soit constaté au détubage dans le mucus ramené par le tube, alors que les cultures de la gorge n'en contenaient pas). Dans ces cas aussi le tubage a paru exempt d'inconvénients spéciaux.

En résumé, M. Sevestre est donc partisan du tubage, mais si, au bout de quatre jours au plus, le tirage persiste à l'ablation du tube, il ne le remet plus, il fait la trachéotomie.

Résumant la discussion qui a eu lieu devant la Société de Pédiâtrie, M. Guinon rappelle que la plupart des médecins sont d'avis qu'il faut tuber avant de trachéotomiser et n'en venir à la trachéotomie qu'après plusieurs jours de tubage.

G. Lyon.

Injections préventives contre la fièvre typhoïde (*Medicinskoe Obosrenie* n° 2, 1900). — Vissokovitsch a pratiqué sur 225 soldats des injections préventives contre la fièvre typhoïde. Pour ces injections il s'est servi de la culture du bacille d'Eberth âgé de 18 heures, tué par une solution d'acide phénique à 1/2 0/0.

Pour chaque injection on prend 1/10-1/14 de culture sur l'agar et l'on dissout dans la solution physiologique. La réaction déterminée par ces injections est intense dans la plupart des cas; au point de piqûre, la douleur est très forte; en outre il s'y forme une infiltration avec tuméfaction des ganglions lymphatiques, en même temps que la température s'élève jusqu'à 39° et plus et que le patient est pris de courbature et de céphalée.

Tous ces phénomènes disparaissent pourtant rapidement et au bout de 4 à 5 jours tous les malades guérissent.

Après l'injection, le sérum des malades ne donne cependant pas une réaction agglutinative bien nette et en injectant ce sérum à des co-

bayes infectés préalablement par le bacille d'Eberth, on n'arrive que rarement à les sauver.

Il faut cependant ajouter que tandis que sur le même nombre de soldats non injectés préventivement trois ont été frappés de fièvre typhoïde, il n'y en a pas eu un seul de malade parmi les injectés, et cependant les uns et les autres se trouvaient exactement dans les mêmes conditions.

L'auteur recommande instamment de continuer ces essais.

J. Roubleff.

Eau chloroformée dans la fièvre typhoïde (*Journal de Médecine Militaire russe*, n° 1, 1900). — Sivertjeff a employé l'eau chloroformée chez 25 typhiques.

Tout typhique entrant à l'hôpital — dès que le diagnostic a été nettement établi, reçut de l'eau chloroformée à 1 0/0 (une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures jour et nuit) jusqu'au moment où la température fut revenue à la normale. Aucun autre traitement, pas de médicaments, pas de bains ni de frictions. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a appliqué de la glace sur la tête et qu'on a donné des lavements.

Sous l'influence de l'eau chloroformée la maladie évolue relativement très bien. L'appétit reste intact chez la majorité des malades, la langue reste humide et se recouvre à peine d'une légère couche blanchâtre. Il n'y a pas eu de météorisme ni de douleurs abdominales.

Les fonctions intestinales s'accomplissent plus ou moins régulièrement, il n'y a pas de perforation ni d'hémorragie intestinale ni de diarrhée abondante. Les malades se sentent bien, dorment bien, le délire n'est observé que rarement et seulement au point culminant de la maladie ou bien avant la mort. La céphalée ne se produit que fort rarement.

La durée moyenne de la période fébrile est de 18 jours. Sur 28 malades 25 (88 0/0) ont guéri, 3 sont morts.

J. Roubleff.

Traitement de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 2, 1900). — Kadian rapporte dix cas d'intervention chirurgicale dans la péritonite par perforation chez les typhiques. Dans un seul cas on a obtenu la guérison. L'auteur fait remarquer que la péritonite survenant au cours d'une fièvre typhoïde n'est pas toujours diffuse: parfois elle est localisée. Or, dans la péritonite localisée et même dans les cas où il y a lieu d'espérer cette localisation, on ne doit pas précipiter l'intervention chirurgicale. On n'a pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour estimer que l'opération donne de meilleurs résultats lorsqu'elle est pratiquée dans les premières heures qui suivent la perforation. Il n'est pas rare d'avoir un échec là où l'on est intervenu presque au moment même où la perforation s'est produite.

Il ne faut pas non plus précipiter l'opération dans la péritonite.

Il vaut mieux attendre que le collapsus déterminé par la perforation se dissipe.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Adénites géniennes : causes, traitement, par L. Thévenot, de Lyon (*Gazette des Hôpitaux*, 21 avril 1900). — Dans un travail soigné, l'auteur établit le dénombrement des groupes ganglionnaires qui siègent à l'état normal dans le tissu cellulaire sous-cutané des joues. Ces ganglions ont été signalés par Morgagni en 1787; comme cet auteur les avait placés sur les planches représentant les lymphatiques profonds du cou et du thorax, les anatomistes qui ont suivi n'en ont pas tenu compte pour la description des ganglions de la face. Ils n'en existent pas moins et manifestent leur présence en pathologie, ainsi que l'ont montré tout récemment MM. Princeteau, Ruchbinder et Küttner.

Trois groupes principaux, en dehors de quelques glandes erratiques: le groupe *inférieur* ou *maxillaire*, placé sur le maxillaire inférieur, entre les vaisseaux faciaux : le groupe *buccinateur*, sur la partie moyenne de la joue et sur la face externe du muscle buccinateur, divisés ordinairement en un groupe *commissural*, à deux centimètres de la commissure labiale, entre la veine et l'artère faciales et *groupe postérieur*, à l'embouchure du sténose. Enfin le *groupe supérieur*, sur le massif du maxillaire, anatomiquement ignoré, mais que la clinique révèle: ce sont les ganglions *naso-géniens*, situés à mi-hauteur du sillon, et le ganglion *sous-orbitaire* ou malaire. Ce sont tous des lymphatiques superficiels, mais qui s'anastomosent avec ceux des muqueuses, nasale et buccale. On voit donc l'importance qu'ils peuvent avoir dans le retentissement des affections de ces régions. Les lymphatiques venant de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil vont à travers un trajet courbe, qui traverse la paupière supérieure, se

jeter dans les ganglions préauriculaires et parotidiens supérieurs. Quelques-uns vont, à travers la joue, dans les ganglions parotidiens inférieurs. Au contraire, les ganglions nés des ailes du nez et de la lèvre supérieure vont, en suivant parallèlement la veine faciale, se jeter dans les *ganglions géniens*, nom générique qu'il convient d'adopter pour tous ces petits groupes. Les *lymphatiques de la lèvre inférieure* vont aux ganglions sous-maxillaires (ou sus-hyoïdiens). C'est également à ces glandes que se rendent les lymphatiques nés des ganglions de la joue. On s'explique ainsi comment ils échappent aux embolies néoplasiques parties de la lèvre inférieure et qui ne sauraient suivre un trajet ascendant Poncet, cite pourtant un cas d'*adénite génienne commissurale*, due à cette cause. Les cancroïdes de la face et du dos du nez retentissent directement sur ces mêmes groupes. On les a vus participer quelquefois d'un néoplasme malin parotidien. L'étude des origines était indispensable, pour comprendre que ces glandes peuvent être le siège de véritables *adéno-phlegmons* ou d'inflammations chroniques. Contentons-nous de citer leur infection par des *plaies* de la paupière inférieure, du nez, de la lèvre supérieure, de la joue. Les enfants scrofuleux, porteurs de lésions périnasales et péribuccales, sont souvent affectés. Une cause particulièrement fréquente d'inflammation aiguë est fournie par la *carie dentaire*. Pour l'auteur, la *fluxion dentaire* n'est qu'un adéno-phlegmon, brusquement terminé par résolution. *Il faut bien savoir* que ces adéno-phlegmons sont d'origine dentaire, sans qu'il y ait nécessairement fluxion, c'est-à-dire continuité des lésions. Douleur, gonflement diffus, trismus, écoulement de salive sont les signes habituels de ces inflammations. Il est clair qu'on ne sentira pas toujours les ganglions perdus dans ce gonflement. Parmi les lésions chroniques, on observe des *adénites tuberculeuses, syphilitiques, cancéreuses*. Un mot suffira pour indiquer le traitement dans chaque cas : s'il y a inflammation aiguë, l'incision s'impose : aussitôt que l'on a reconnu l'existence du pus, on ouvrira par la cavité buccale, si possible. Le plus souvent, c'est par une incision transversale externe, qui tiendra compte de la situation du canal de Stenon, qu'on donnera issue au pus collecté.

L'extirpation des ganglions chroniquement enflammés sera d'autant plus nécessaire qu'il s'agira d'une lésion de nature maligne.

A. Benoit.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le Dr J. Vendrell (*El criterio catolico en las ciencias Medicas*, mars 1900). — Après un exposé historique du massage, le Dr Vendrell établit un parallèle entre la mobilisation et l'immobilisation, telle qu'on la pratiquait jadis.

Il soutient que l'immobilisation évite la douleur produite par les mouvements brusques, mais qu'en échange elle produit des douleurs secondaires qui sont bien plus importantes que les premières. La raison en est bien simple : à l'endroit fracturé, il se forme des exsudats produisant de l'œdème dur qui emprisonne les filets nerveux et produit ainsi de vives douleurs; de plus, la peau infiltrée est soumise à une forte tension interne qui, jointe à la tension externe produite par la cuirasse représentée par le bandage, produit des ulcérations de guérison difficile,

La forme primitive du membre peut être conservée par l'immobilisation, mais seulement dans les fractures simples; dans les compliquées où les fragments sont de réduction difficile, les contractions musculaires tous les jours plus marquées, déterminent à la fin un raccourcissement du membre.

L'immobilisation ne facilite pas davantage l'union et la réparation de l'os, car les expériences de Cany sont démonstratives à cet égard. Il en est de même pour la restitution des fonctions, puisque l'atrophie musculaire, les œdèmes, les ulcérations, etc., ne constituent pas des conditions favorables.

Par le massage, au contraire, la douleur est réduite au minimum, la forme primitive est obtenue, le cal devient solide et, comme conséquence, on voit le membre reprendre ses fonctions immédiatement.

On peut diviser les cas en quatre groupes, suivant que l'on utilise le massage seul ou associé à une légère immobilisation.

Le premier groupe comprend toutes les fractures où on fait le *massage immédiat et répété* : il comprend les fractures où existe un grand écartement entre les fragments (radius et péroné, par exemple).

Dans le second groupe, se trouvent les fractures avec grande mobilité des fragments, lesquelles sont traitées par le *massage immédiat suivi de l'application d'un appareil inamovible* qui sert de soutien et évite l'écartement des fragments dans l'intervalle des séances de massage.

Dans le troisième groupe, on rangera les fractures avec mobilité excessive qui sont traitées par le *massage mixte*, c'est-à-dire par l'application d'un appareil inamovible avec massage intermittent.

Finalement, les fractures comminutives, les blessures considérables, etc. forment le qua-

trième groupe, qui exige *l'immobilisation complète suivie de massage quand la consolidation commence à se faire.*

F. Berini.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac, par M. Antipas, *Gaz. méd. d'Orient*, fév. 1900. — Relation d'un cas de gastro-entérostomie pour *sténose pylorique et gastrorrhée*, suivie de guérison. Cette observation présente les particularités suivantes : Le *toucher pylorique*, conseillé par Doyen, a permis au doigt coiffé des tuniques de l'estomac de s'assurer de l'imperméabilité de cet orifice, alors qu'il admet le doigt à l'état normal. Le procédé choisi fut celui de Von Hacker, ou *gastro-entérostomie transmésocolique*. Un détail important, qui est une modification apportée par von Hacker lui-même à sa méthode : lorsque l'on a perforé le mésocôlon entre les arcades vasculaires, il faut avoir soin de fixer les bords de cette fente mésocolique à l'estomac par quelques points de suture, afin d'éviter l'étranglement de l'intestin grêle dans l'arrière cavité de l'épiploon, dont il existe de malheureux exemples. La suture avec des aiguilles de couturière, faite en deux plans superposés séro-séreux et muco-muqueux, semble maintenant devoir prévaloir dans la technique de cette opération On opère ainsi presque aussi vite qu'avec le bouton de Murphy, tout en évitant ses dangers. L'ouverture de communication doit prévoir par ses dimensions tout rétrécissement ultérieur. Elle fonctionne comme un véritable sphincter et n'évacue les aliments que lorsque la digestion stomacale est achevée (Rosenheim, Hayem). Les malades peuvent être alimentés dès le lendemain par la bouche et le rectum, sans une heure de fièvre. Dans l'observation ci-dessus, l'anesthésie fut faite au moyen de l'éther, ce qui n'empêche pas le malade de vomir quelque peu dans la journée. Les sutures ont tenu bon et l'essentiel paraît être d'observer, durant toute l'intervention, qui a lieu à l'extérieur du ventre, pour ainsi dire, une asepsie parfaite. Les crises gastralgiques ont disparu chez le sujet opéré et le poids a rapidement augmenté, alors que l'état général était auparavant très précaire.

A. Benoit

Duotal et créosotal dans les arthrites chroniques (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 2, 1900). — Biatobigeski ayant eu l'occasion d'employer le duotal et le créosotal chez les tuberculeux, a pu constater l'action favorable de ces substances sur la douleur et la résorption des exsudats dans l'arthrite chronique. Cette constatation faite, il a employé ces substances dans 11 cas d'arthrites.

Il n'y a pas de différence notable entre l'action exercée par ces deux substances.

Le duotal agit moins énergiquement, mais, n'ayant ni odeur, ni saveur, il est pris volontiers par les malades, tandis que le créosotal est pris moins volontiers.

Les deux substances en question ne déterminent aucun trouble digestif; au contraire, elles augmentent l'appétit et préservent de la constipation.

Cependant si la dose est par trop forte (10 gr. par jour), il se produit dans quelques cas de la diarrhée et de la brûlure au creux épigastrique.

Si le créosotal est donné pendant un laps de de temps assez long, les urines prennent une coloration verdâtre, en même temps qu'une odeur toute particulière.

Quant au mode d'administration, l'auteur donne le duotal soit en cachets, soit en paquets, mais le créosotal toujours en cachets. La dose moyenne a été, pour le créosotal, de 1 à 2 grammes par jour (maximum 10 grammes) ; pour le duotal de 0 gr. 50 à 1 gramme (maximum 6 grammes par jour). Les deux médicaments n'exercent aucune action fâcheuse sur le cœur; cependant, dans un cas compliqué d'endocardite et de pleurésie séreuse, il est survenu au bout de trois jours d'administration de créosotal, de l'albuminurie; mais dans ce cas, étant donné que le malade a pris du créosotal pendant trois semaines avant l'éclosion des complications indiquées plus haut sans le moindre accident, l'auteur pense qu'il faut attribuer l'albuminurie à la mouche qu'il a prescrite. Ajoutons que l'amélioration se manifeste très rapidement.

J. Roubleff.

Traitement aseptique des plaies suppurées (*Medicinskœ Obosrenie*, n° 2, 1900). — Platonoff a employé avec succès, dans un grand nombre de plaies suppurées, et souillées des bains locaux et généraux. La cicatrisation s'est faite dans ces cas plus rapidement.

Les bains locaux ont été donnés immédiatement avant le pansement; leur température variait entre 30 à 40°.

Les secrétions deviennent moins abondantes et l'on voit apparaître des granulations de bonne nature.

Les ulcères variqueux et atoniques des jambes perdent rapidement leur fétidité, leur manvais aspect; ils se détergent, et la cicatrisation se fait, dans ce cas, lentement il est vrai.

Les plaies par armes à feu ou par instruments contondants sont traitées de la même façon. Quant aux plaies des cavités et aux fistules, l'auteur ne les referme jamais, ce qui fait que l'œdème se produit plus rarement. Comme com-

plications on n'a eu à signaler l'érisypèle qu'une seule fois.

ROUBLEFF.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Diagnostic et traitement du pneumothorax à soupape. par BECLÈRE (*Société médicale des hôpitaux*, 6 avril, 1900). — M. Beclère recommande un moyen pratique de diagnostic et en même temps de traitement du pneumotorax à soupape. Ce moyen consiste à pratiquer une ponction capillaire de la plèvre dans un espace intercostal, à l'aide d'une simple aiguille à injections hypodermiques. Cette aiguille est reliée par un tuyau de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ, plongeant à moitié dans une éprouvette remplie d'eau.

On peut reconnaître ainsi, grâce aux changements de niveau du liquide qui se produisent dans le tube si le pneumotorax est ouvert, à soupape ou fermé.

La ponction capillaire pratiquée à l'aide de ce petit appareil est aussi le meilleur mode de traitement du pneumothorax à soupape. Elle constitue, en effet, une issue suffisante pour l'air accumulé en excès dans la plèvre et peut être répétée aussi souvent qu'il est nécessaire sans exposer le malade au danger de l'emphysème sous-cutané, comme cela peut arriver quand on se sert d'un trocart pour évacuer les gaz de la plèvre.

L'aspiration, d'après M. Beclère, doit être exclue du traitement des épanchement gazeux de la cavité pleurale. Si le pneumothorax est ouvert, elle ne sert à rien, s'il est fermé, elle expose à la rupture de la cicatrice, et enfin, elle est encore superflue dans le pneumothorax à soupape, puisqu'il s'agit seulement alors d'évacuer l'excédent de gaz, ce que la ponction capillaire réalise parfaitement.

Cet excès de gaz dans le pneumothorax étant toujours dû aux efforts de toux, on devra diminuer ceux-ci autant que possible par l'usage de la morphine. Les injections de morphine, si utiles pour combattre la douleur, la dyspnée et la toux dans toutes les perforations pulmonaires paraissent particulièrement indiquées dans les cas de pneumothorax à soupape.

G. LYON.

Le traitement de la pneumonie aiguë (*The Practitionner*, mars 1900). — PHILIPP préférerait le terme de fièvre pneumonique à celui de pneumonie, car la lésion locale correspond à celle de l'intestin dans la fièvre typhoïde, par exemple, et on se trouve en présence d'une infection septicémique causée par les toxines du pneumocoque; ce microorganisme se retrouve dans une série d'organes, et pas seulement dans le poumon, au cours de la pneumonie. Il en résulte que l'examen du pouls est plus important que celui des poumons, et que la circulation sanguine et l'état du cœur doivent attirer tout spécialement l'attention.

Deux buts principaux, pour qui admet cette étiologie de la pneumonie, s'offrent donc à l'action thérapeutique : détruire le pneumocoque ou s'opposer à l'influence délétère de ses toxines.

La destruction directe du microbe par injections intratrachéales ou intrapulmonaires, n'a pas donné de résultats probants. Le traitement antitoxique n'a pas non plus de grands résultats à son actif, mais il est certain que l'on finira par réussir en suivant cette voie. En attendant, on tiendra compte du fait suivant : On se trouve en présence d'une fièvre continue de courte durée; les règles générales qui dirigent le traitement de ce genre d'affections doivent donc être observées. Le malade aura, par conséquent, à sa disposition, de l'air frais en abondance : rien de plus dangereux que la crainte de l'air qui constitue aujourd'hui encore un article de foi pour le public et pour beaucoup de praticiens. Il ne faut pas oublier que l'absorption de l'oxygène est compromise par diminution de la surface absorbante, et qu'il faut par conséquent, faciliter leur tâche aux parties saines du poumon.

On remarque des grandes différences entre les malades au point de vue de la conservation de l'appétit, sans que ce côté de la question semble jouer un rôle important.

Les alcooliques rendent des services dans les deux ou trois premiers jours : en général, une à deux cuillerées à café toutes les six heures représenteront la dose suffisante. L'indication de l'alcool réside dans l'état du pouls : si de plein ou bondissant au début, il devient rapidement faible, dicrote, la stimulation par l'alcool s'impose, surtout chez les alcooliques, les débilités et les vieillards. Si le résultat est insuffisant, on recourra à la digitale ou au strophanthus (X gouttes trois à six fois par jour), ou encore aux injections sous-cutanées de strophanthine (1/2 milligramme), aux inhalations d'oxygène, etc.

Il faut, d'un autre côté, combattre le point de côté qui réagit sur le système circulatoire. Les enveloppements chauds, humides de la région thoracique, sont ici préférables à la vessie de

glace. On peut aussi, chez des individus robustes, retirer du sang (ventouses ou phlébotomie). Mais une injection sous-cutanée de morphine à faible dose, agira bien mieux encore L'agitation et l'insomnie seront justiciables du chloral ou de ses congénères.

Parmi les antipyrétiques, l'acétate d'ammoniaque et la quinine sont seuls indiqués.

Au cours de la convalescence, tous les toniques sont bons, même les hypophosphites et l'huile de foie de morue. Le changement d'air est très profitable aux convalescents de pneumonie, à condition d'éviter les bords de la mer.

E. Vogt.

Traitement de la pneumonie (*The Practitioner*, mars 1900). — Le Pr Dreschfeld, de Manchester, commence par rappeler qu'en temps d'épidémie la pneumonie franche peut présenter un certain degré de contagiosité et que les individus sujets aux irritations de l'arbre respiratoire feront bien de chercher à détruire les pneumocoques habitant leur cavité buccale par des gargarismes au sublimé ou à l'acide phénique.

Le *traitement spécifique* par le sérum a été jusqu'ici peu employé: le sérum est, du reste, plus antibactérien qu'antitoxique.

Le *traitement symptomatique* adopté par l'auteur est le suivant : deux doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 de quinine par vingt-quatre heures, vessie de glace sur la partie atteinte, à moins qu'il ne s'agisse de vieillards ou d'individus précédemment affectés de bronchite chronique. Chez les malades faibles, on laissera la vessie de glace *in situ* pendant une heure, suivie d'une heure de repos et on continuera de la sorte. Si la dyspnée est accentuée, on administrera l'infusion de digitale additionnée de teinture de noix vomique. On prescrira en même temps du carbonate d'ammoniaque dans du lait, par doses de 0 gr. 25 à 0 gr, 50, et des inhalations d'oxygène. On facilitera, s'il y a lieu, les selles au moyen du calomel suivi d'un laxatif salin. Les sinapismes exerceront une action énergique sur le point de côté; en cas d'insuccès, on recourra à l'injection de morphine (1 centigr. additionné de 1/2 milligr. d'atropine). Les vésicatoires ne sont pas à recommander.

En cas d'hyperthermie, on fera des enveloppements, de quinze à vingt minutes de durée, avec des linges trempés dans l'eau glacée : au cours de l'application, on administrera un peu d'alcool à l'intérieur. Comme antithermiques, le salicylate de quinine doit être seul employé en dehors du sulfate.

La faiblesse cardiaque est justiciable de la digitale, ou mieux, des injections sous-cutanées de strychnine (1 à 2 mgr) : chez les individus âgés et les alcooliques, les capsules de térébenthine sont à recommander.

La toux qui devient gênante pour les bronchitiques atteints de pneumonie, sera combattue par des inhalations d'infusion de polygala additionnées de carbonate d'ammoniaque.

La dyspnée est souvent entretenue par le tympanisme : la créosote rend alors de grands services.

L'insomnie sera combattue, spécialement chez les alcooliques, par la paraldéhyde, chez les autres par la poudre de Dower. Dans deux cas l'hyoscine en injections (1/4 mgr.) a produit d'excellents effets. La paraldéhyde agit fort bien aussi contre le délire des alcooliques (7 à 10 gr.).

Au moment de la crise, il faut combattre le collapsus et le refroidissement menaçants par l'administration de boissons chaudes, de fortes doses d'alcool, d'injections de strychnine.

E. Vogt.

Formes compliquées et traitement de la pneumonie infantile, par Marfan (*Semaine Médicale*, n° 12, p. 95, 1900. — La pneumonie lobaire guérit habituellement chez l'enfant; on doit donc se borner à instituer chez lui une médication symptomatique discrète.

Dès le début, surtout quand le point de côté est violent, on applique des ventouses scarifiées ou des sangsues sous le mamelon du côté malade (2 à 4 suivant l'âge).

Par la suite, si la pneumonie évolue sans incidents, Marfan prescrit seulement du café ou du thé et une potion à l'acétate d'ammoniaque. La quinine ne lui a paru avoir aucune utilité, non plus que l'antipyrine et les autres antithermiques.

Dans les formes graves ou compliquées, le traitement doit naturellement être plus actif. Lorsque l'hyperthermie est très marquée, lorsqu'en même temps il y a de la stupeur ou du délire, la médication de choix est la balnéation. On emploiera uniquement les bains tièdes ou frais à 34°, 32°, 30°, suivant les cas donnés toutes les trois ou quatre heures, la durée de chaque bain étant d'environ dix minutes. Ainsi employé, le bain, s'il n'abaisse pas la température, agit favorablement en décongestionnant le poumon, en fortifiant le cœur, en calmant le système nerveux et en augmentant la sécrétion urinaire. Si l'on ne peut mettre en œuvre la balnéation, il faut avoir recours aux enveloppements du thorax ou de tout le tronc avec une serviette mouillée d'eau froide exprimée et recouverte d'un taffetas gommé ou d'une toile cirée. On fera ainsi dans la journée plusieurs applications d'une heure chacune.

Dans le cas de convulsions on aura recours au bain tiède et au chloral.

Si malgré l'emploi des bains, on constate des signes d'asthénie cardiaque, il sera indiqué d'avoir recours à l'alcool. Jusqu'à 4 ans, on donnera chaque jour 4 à 4 grammes de cognac par année d'âge, plus tard une dose quotidienne de 20 grammes sera suffisante. Le cognac sera toujours donné très dilué dans une potion sucrée, on pourra prescrire comme véhicule de cette potion une infusion de café ou de thé, la sucrer avec du sirop d'éther et y joindre de l'acétate d'ammoniaque.

Si l'asthénie cardiaque est très prononcée, on agira plus énergiquement au moyen d'une piqûre de caféine. En cas de délire il est préférable de faire une injection d'huile camphrée. S'il y a menace de collapsus on pratiquera une injection d'éther.

Si la dyspnée est très intense, on couvrira la poitrine de ventouses sèches ou de cataplasmes sinapisés, on donnera des bains sinapisés, on emploiera des inhalations d'oxygène.

Pendant toute la durée de la maladie, l'alimentation devra être exclusivement liquide (lait, bouillon, décoction d'orge). On fera boire abondamment le malade.

G. Lyon.

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la tuberculose pulmonaire chronique, par Doumer (*Académie des Sciences*, 26 février 1900). — Les essais thérapeutiques de E. Doumer ont porté sur dix-sept malades des deux sexes, tuberculeux à des degrés divers. Chez tous ces malades il a promené pendant cinq à douze minutes, chaque jour ou seulement tous les deux jours, l'effluve provenant d'un puissant appareil sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses, tant en avant qu'en arrière, et sans chercher à éviter les étincelles longues et grêles qui éclatent parfois entre l'électrode et le malade. D'après Doumer, la plupart des symptômes cèdent au bout d'un temps variable et l'évolution de la maladie est enrayée.

Dès la cinquième ou huitième application, les transpirations nocturnes commencent à diminuer pour cesser complètement vers la quinzième séance ; l'atténuation et la disparition de la fièvre vespérale se font à peu près dans le même délai ; c'est aussi vers la quinzième application que l'appétit commence à renaître.

Vers la fin du second mois la toux devient moins persistante et moins pénible, l'expectoration subissant des modifications parallèles.

Toutefois pour ces deux symptômes on assiste à de fréquents retours en arrière avant la disparition définitive.

Enfin, plus tard, au bout de trois ou quatre mois, les signes stéthoscopiques eux-mêmes se modifient et finissent par n'être plus perceptibles vers le sixième ou le huitième mois. Chez quinze malades le traitement est terminé depuis plus de deux ans et la guérison symptomatique s'est maintenue parfaite.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit, par Pochon (*Thèse de Paris*, 1899). — La question du traitement des aliénés par le repos au lit est actuellement à l'ordre du jour : dans ce travail fortement documenté, l'auteur précise dans quelles conditions ce mode de traitement, qui a réalisé un grand progrès dans l'assistance des aliénés est applicable. Il arrive aux conclusions suivantes : En général, il est possible de maintenir au lit les aliénés; dans les états maniaques, simples sans délire, ni hallucinations, l'alitement est toujours applicable; lorsqu'au contraire il s'agit d'état d'agitation par réaction contre des conceptions délirantes, le traitement n'est pas toujours possible; il est un moyen de contrainte nécessaire dans les cas de mélancolie anxieuse où prédominent les hallucinations impératives ou terrifiantes. Si les réactions sont très intenses, le maintien au lit est impossible. Les alcooliques, délirants et agités, peuvent toujours y être soumis. Dans l'agitation automatique, l'alitement sera impossible : si le repos au lit ne peut être pratiqué, il faut pratiquer des injections hypodermiques de chlorhydrate d'hyoscine, 1/2 à 1 milligramme.

On a reproché au repos au lit de favoriser les habitudes de masturbation, la constipation : le seul inconvénient dont on puisse l'accuser est de provoquer l'anémie par un séjour prolongé; il est facile de l'éviter en faisant lever les malades et en les faisant promener deux à trois heures dans l'après-midi.

Les avantages de ce mode de traitement sont nombreux : il diminue l'intensité des accès maniaques, l'anxiété des mélancoliques, les phénomènes d'épuisement consécutifs aux états aigus de l'aliénation mentale. Cependant, il ne faut pas considérer le repos au lit comme étant l'unique traitement des aliénés. Il faut tenir compte d'adjuvants précieux, tels que le traitement moral, les sédatifs nerveux (bains, bromure), les hypnotiques (chloral, sulfonal, trional); il n'en est pas moins vrai que la base du traitement est le séjour au lit.

P. Sainton.

Un cas de craniectomie linéaire dans l'idiotie (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 2, 1900). — Kojonkhovsky rapporte 1 cas de craniectomie linéaire pour idiotie chez une fillette de vingt-deux mois.

L'opération a eu pour résultat, la cessation des accès d'épilepsie qui, avant l'opération, ont été très fréquents et intenses.

L'intelligence a été aussi légèrement améliorée. En résumant son observation, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° La craniectomie est indiquée dans tous les cas de ce genre, à la condition toutefois qu'il ne s'agisse pas d'enfants par trop épuisés ;

2° L'opération n'est pas absolument sans danger. Cependant, en prenant rigoureusement après l'ouverture de la dure-mère, les précautions nécessaires et en opérant rapidement, on peut échapper à tout péril. Actuellement le chiffre de la mortalité est encore par trop considérable ;

3° Les résultats de l'opération dépendent de son étiologie et de l'intensité de la maladie;

4° Il est probable que les idioties postembryonnaires et acquises tardivement donnent les meilleurs résultats;

5° Il est impossible de dire d'avance quel sera le résultat que donnera l'opération et dans les cas d'amélioration combien de temps celle-ci va durer ;

6° Il faut recourir à l'opération dans les cas d'idiotie accompagnée d'hémiplégie, d'aphasie, d'athétose, de troubles sensoriaux, car comme les statistiques le démontrent, ces phénomènes disparaissent dans la majorité des cas, soit immédiatement après l'opération, soit au bout de quelque temps ;

7° Il est absolument contre-indiqué de se servir d'instruments qui déterminent une commotion violente dans la boite cranienne.

J. Roubleff.

Traitements modernes de la sciatique par le Dr Lesmes Rodriguez (*Los nuevos Remedios* N° 5 1900). — Après avoir rappelé sommairement quelques moyens employés par les anciens, moyens tombés dans l'oubli et ressuscités par quelques auteurs modernes (cautérisation du lobule de l'oreille mentionnée par Penzold dans son traité de thérapeutique p. ex.), l'auteur s'occupe plus particulièrement des injections de glycéro-phosphate, recommandées par Glorieux, Robin, Billard, Valdis, etc. Le procédé consiste tout simplement dans l'injection, une ou deux fois par jour, d'une solution de glycéro-phosphate, d'après la formule suivante :

Glycéro-phosphate de soude..	5 gr.
Eau distillée.....	20

Chaque centimètre cube de cette solution contient 25 centigrammes de glycéro-phosphate. Robin et Billard préfèrent l'association de plusieurs phosphates :

Glycéro-phosphate de chaux.....	0 gr. 04
Glycéro-phosphate de magnésie.....	0 gr. 04
Glycéro-phosphate de potasse.....	0 gr. 04
Glycéro-phosphate de soude.....	0 gr. 13
Total.....	0 gr. 25 par cc.

Ces solutions doivent être préparées avec toutes les précautions aseptiques et conservées dans des ampoules de verre pour éviter leur altération.

Les injections doivent être profondes et faites le plus près possible de l'endroit douloureux ; la plus rigoureuse asepsie est indispensable, car les glycéro-phosphates constituent un excellent milieu de culture. Généralement l'injection n'est pas douloureuse. On peut faire d'une à quatre injections par jour. Le traitement doit être continué pendant huit à dix jours. Si après ce temps la douleur ne disparaît ou du moins ne diminue pas beaucoup, l'auteur croit qu'il est inutile de continuer.

Le traitement hydrothérapique est d'une grande utilité si on l'administre comme il suit : Aspersions générales d'eau chaude, avec jet en arrosoir et peu de pression, suivies du jet d'eau froide à haute pression et en éventail sur tout le corps ; jet cylindrique à haute pression tout le long de la colonne vertébrale, sur la jambe malade, la paume de la main et la plante des pieds ; après les douches, une friction générale.

Le Dr Lesmes rappelle les essais que Krock a faits avec l'ichtyol, à l'intérieur, sous forme de capsules de 0 gr. 10 (six à huit par jour). Il ajoute encore des frictions sur la partie endolorie avec le même ichtyol associé au baume tranquille, au chloroforme, etc.

Le baume de copahu a été aussi recommandé à la dose de 50 à 60 gouttes par jour, et en applications locales.

Purnée a traité avec succès plusieurs sciatiques par la cautérisation de la peau sur le trajet du nerf avec l'acide chlorhydrique. Ordinairement une seule application suffit. Son unique inconvénient est la douleur très vive qu'elle provoque, mais, dans tous les cas, cette douleur n'est pas aussi forte que celle que produit la névrite.

F. Berini.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine

Nécessité du traitement local du coryza aigu (*Die ærztl. Praxis* 1-15 févr. 1900). — Il serait fort utile de pouvoir guérir dès le début, la rhinite même la plus légère, car elle peut donner lieu, par propagation, à des inflammations sérieuses de l'arbre respiratoire.

Bresgen reproche à tous les topiques usités (poudres mentholées, cocaïnées, etc.), la courte durée de leur action, suivie souvent d'une aggravation des symptômes. Il serait bien préférable que chaque praticien s'initiât au traitement local de la rhinite : en premier lieu, il faut se servir d'un spéculum bivalve à branches étroites, que l'on placera de telle façon que la valve immobile vienne se poser sur le plancher de la cavité nasale. L'écartement des branches s'effectuera donc, de bas en haut et non latéralement, comme il est d'usage le plus souvent. On aura ainsi une bien plus grande facilité pour examiner à fond la cavité nasale.

En cas de coryza aigu, on commencera par la cocaïnisation, pas tant dans le but d'insensibiliser, mais plutôt dans le but d'obtenir une ischémie suffisante ; on se contentera d'une à deux gouttes d'une solution au dixième dont on badigeonnera d'abord l'extrémité antérieure du cornet inférieur, puis le cornet moyen. Le malade penche ensuite la tête en avant, et au bout de deux minutes, l'ischémie est assez marquée pour permettre une insufflation efficace avec du sozoiodolate de soude ou de potasse finement pulvérisé. Avec deux interveniions semblables par jour, on obtient une amélioration rapide des symptômes.

Dans la période de sécrétion aqueuse, il est préférable, en général, de s'adresser au sel potassique, le sel sodique étant réservé pour la période de sécrétion épaisse. Dès que le nez laisse librement passer l'air, la cocaïnisation préalable devient superflue.

E. Vogt.

Traitement des épithéliomas du nez, par le Dr César Cabanas (*La Oto-Rino-Laringologia Espanola*, n° 2, 1900. — Laissant de côté les cas où l'extension de la tumeur est si grande qu'elle exige une rhinoplastie totale qui laisse beaucoup à désirer dans la plupart des cas, comme esthétique et comme méthode curative, l'auteur ne s'occupe que des épithéliomas de petit volume qui permettent une autoplastie partielle après ablation.

Il rappelle que la plupart des opérateurs, voulant faire une opération avec minimum de perte de substance, ont l'habitude de faire les incisions le plus près possible des limites microscopiques de la tumeur ; c'est là une mauvaise pratique car l'anatomie pathologique nous apprend que le néoplasme n'est ainsi jamais extirpé complètement, et que par conséquent, il y a récidive tout de suite après l'opération.

Dans les nombreuses autoplasties qu'il a pratiquées il a vu que les meilleurs lambeaux sont ceux pris sur la joue. Il insiste sur ce fait que pour prévenir la mortification de ces lambeaux il faut que leur nutrition soit assurée. Cette condition est remplie par la largeur qu'on donne à la base de lambeaux ; on permet ainsi à un grand nombre d'artérioles de pénétrer dans le lambeau. Il est bon aussi que ces derniers ne soient pas trop tiraillés une fois suturés, ce qu'on obtient en les disséquant amplement et en enlevant deux petits morceaux de peau triangulaires sur les bords du lambeau et en suturant.

De cette façon on raccourcit de deux et demi à trois centimètres la longueur des bords sur lesquels se trouvent les triangles et en même temps ceux-la tirent les bases des lambeaux en avant, ce qui facilite leur rapprochement. Le Dr Cabanas insiste beaucoup sur l'hémostase, car si on laisse un peu de sang entre les surfaces on risque la non réunion par première intention. Cette hémostase sera pratiquée par compression directe ou torsion des vaisseaux ; pas de ligature.

Pour la suture, on se sert de soie pour celles qui doivent être très résistantes et de crin pour les autres.

F. Berini.

Traitement des affections du nez, du larynx, de l'oreille et de l'espace naso-pharyngien par le massage vibratoire (*Medicinskæ Obosrenie*, n° 2, 1900). — Zalessoff a employé les procédés décrits pour la première fois par Kellgren et voici les résultats qu'il a obtenus :

Dans l'ozène, le massage vibratoire fait disparaître l'odeur momentanément, parfois l'odorat reparaît. En outre, la muqueuse sèche, de couleur grise, prend une coloration rosée et devient humide ; les croutes se ramollissent, tombent sans hémorragie. L'amélioration commence après cinq à sept séances. Les ulcères de la muqueuse se cicatrisent. Les sécrétions nasales deviennent épaisses, mucopurulentes.

Le massage vibratoire donne de moins bons résultats dans la rhinite atrophique chronique.

L'anémie qui est fréquente dans ces cas, disparait, si toutefois elle ne date pas de plus de deux ans.

Dans la rhinite hypertrophique chronique, on a observé souvent des récidives après la première amélioration obtenue, surtout si le traitement n'a pas été prolongé suffisamment. Dans ce cas le massage en entretenant la nutrition de la muqueuse préserve celle-ci de l'atrophie.

Dans l'hyperesthésie de la muqueuse nasale, dans les névralgies, dans la fièvre de foin, parfois même dans l'asthme bronchique (consécutif à des affections nasales) le massage est incontestablement utile. Il en est de même des catarrhes du pharynx.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Traitement des chéloïdes par l'électricité statique, par J. Bécue (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 3 février 1900). — La méthode de traitement des chéloïdes par l'électricité statique sous forme d'étincelles est basée sur un fait d'observation analogue à celui qui conduisit Hardaway à traiter ces tumeurs par l'électrolyse.

Les étincelles électriques ont été peu employées comme agent thérapeutique local, leur action est connue surtout comme révulsive; elles sont, en outre, un puissant modificateur des tissus. C'est sur cette propriété que repose le traitement des chéloïdes.

Cette méthode a été suggérée au Pr Derville par l'observation d'un malade qui, admis à l'hôpital pour une affection pulmonaire, portait en outre au côté droit du thorax, une chéloïde cicatricielle douloureuse datant de quatre mois et consécutive à une intervention chirurgicale. On appliqua sur la chéloïde une série d'étincelles électriques, dans le but de produire de la révulsion et de l'analgésie.

Le résultat obtenu fut excellent; les douleurs disparurent et, au bout de quelques jours en outre, la tumeur s'affaissait et présentait une tendance manifeste à la régression.

Le traitement, continué à intervalles de huit jours amena, au bout de trois séances, la disparition complète de la chéloïde.

Ce premier résultat conduisit M. Derville à traiter de la même manière une malade à laquelle il donnait des soins depuis plus d'un an et dont il avait traité successivement la chéloïde par les scarifications et l'électrolyse.

Cette médication n'avait amené qu'une régression partielle de la tumeur, qui fut alors soumise au traitement par l'électricité statique à raison d'une séance par semaine. La machine étant défectueuse, on dut souvent interrompre les séances. Malgré ces interruptions, se prolongeant parfois au-delà de quinze jours, la tumeur diminua et s'aplanit complètement, ne laissant qu'une trace blanchâtre à la place de la chéloïde disparue.

Le nombre des séances avait été d'une trentaine environ et l'état de la malade, revue deux ans après le traitement, était des plus satisfaisants.

Depuis cette époque, de nombreux cas ont été traités par le Pr Derville avec des résultats aussi satisfaisants.

Les étincelles électriques sont un agent de révulsion énergique; leur premier effet dans le cas particulier dont il s'agit, et avec le mode opératoire employé, est de provoquer une vasodilatation au niveau de la tumeur; en effet, la chéloïde prend une coloration plus foncée, et après quelques minutes, la peau saine qui entoure la tumeur constitue à celle-ci une auréole rosée.

Cette rougeur de la chéloïde persiste pendant quelques jours, et les malades éprouvent généralement, au niveau de leur tumeur, la sensation d'un picotement léger, laquelle s'atténue peu à peu en même temps que la coloration va s'affaiblissant.

Ce sont, très probablement, ces modifications vasculaires qui provoquent, dans la profondeur du tissu chéloïdien, le travail de régression qui a été observé.

Jusqu'ici, aucune récidive ne s'est produite dans les cas traités par l'auteur, ce qui permet d'espérer que la guérison obtenue est définitive.

Cette méthode de traitement est remarquablement simple à appliquer, presque indolore, et son action est à la fois rapide et prolongée.

La longueur du traitement sera naturellement subordonnée aux dimensions des tumeurs traitées. Les observations ayant fait constater qu'une chéloïde de formation récente, se modifie beaucoup plus rapidement qu'une chéloïde ancienne, il vaut mieux, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces tumeurs, l'extirper chirurgicalement, et, si la récidive se produit, agir au moyen des étincelles électriques sur la chéloïde nouvelle.

La machine dont se sert l'auteur est du type dit de Wimshurst, à plateaux de verre verni à la gomme laque de 50 centimètres de diamètre.

L'opérateur tient en main un excitateur composé d'une tige de verre, coiffée à l'une de ses

extrémités d'une sphère de cuivre ou d'une armature conique; il l'approche lentement de la chéloïde à traiter, jusqu'à distance suffisante pour la production de l'étincelle, et le promène sur toute l'étendue de la tumeur en suivant un ordre régulier, de manière à soumettre également toutes les parties de la chéloïde à l'action de l'électricité.

Une durée de huit à dix minutes est ordinairement suffisante, il est inutile de la dépasser et même, si les étincelles électriques ne doivent porter que sur une tumeur de toute petite dimension, il vaudrait mieux s'arrêter à cinq ou six minutes pour ne pas amener, dans les jours suivants, la formation d'une vésicule due à une révulsion trop énergique. Il faudra tenir compte de la force de la machine et de la résistance du sujet; c'est pourquoi la première séance ne devra pas dépasser cinq à six minutes.

Il sera bon d'espacer les séances par des intervalles de quinze jours, afin de bien se rendre compte des modifications de la tumeur.

L'opérateur, en tenant compte des diverses particularités de chaque cas, saura guider sa thérapeutique.

E. Vogt.

Etude sur la méthode de Cerny et Trunecek. Traitement des épithéliomas par les applications arsénicales, par Paul Lamotte (*L'Echo médical du Nord*, 25 mars 1900). — MM. Cerny et Trunececk revenant à l'ancienne méthode arsénicale pour le traitement des cancers, se décidèrent, après avoir essayé différents procédés, pour un mélange d'acide arsénieux dans de l'alcool et de l'eau.

Acide arsénieux.....		1 gramme
Alcool éthylique..	ââ	75 grammes
Eau distillée.....		

La surface ulcérée est soigneusement nettoyée et abstergée. Au besoin même on cruentera l'ulcération cancéreuse car il est indispensable d'opérer en présence de sang frais. On badigeonne ensuite la plaie avec la solution arséniée au moyen d'un pinceau.

Il faut veiller à ce que la solution ne s'écoule pas au-delà de la plaie, surtout lorsqu'on opère dans le voisinage de l'œil.

Le badigeonnage fait, on laisse évaporer et l'on panse à plat; lorsque l'ulcération est petite il est préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

Tous les jours, un nouveau badigeonnage est pratiqué. On peut au bout de quelques jours de traitement appliquer une solution arséniée plus concentrée. Au lieu de la solution 1/150, on applique une solution à 1/100 et même 1/80.

Au bout de quelques jours il se forme une croûte qui envahit bientôt toute la plaie, cette croûte finit par se détacher tout d'une pièce.

Sur la plaie ainsi mise à nu, on pratiquera une nouvelle application avec la solution caustique; cette application sera renouvelée jusqu'à ce qu'il ne se forme plus, au lieu d'une croûte dure, qu'une croûtelle mince; la plaie devra alors être traitée comme une plaie ordinaire.

Quelques praticiens ont accusé cette méthode de provoquer des douleurs très vives persistant plusieurs heures après le badigeonnage. Lamotte n'a pas observé cet inconvénient dans les nombreux cas qu'il a traités par ce procédé: les malades n'accusaient qu'une légère sensation de chaleur très tolérable.

Pour éviter des douleurs trop considérables on peut faire précéder les badigeonnages d'un attouchement avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, ou encore ajouter de l'orthoforme au mélange caustique.

Orthoforme.....	ââ	1 gramme
Acide arsenieux.....		
Alcool.....	ââ	40 —
Eau.....		

Lorsqu'il se forme autour de la plaie une inflammation avec œdème, on pourra employer au début une solution un peu moins concentrée. Ces réactions inflammatoires sont rares et semblent dues à une susceptibilité particulière du sujet.

S'il se produit, comme certains auteurs l'ont signalé, une conjonctivite intense dans les cancroïdes siégeant près de l'œil, il suffira d'appliquer la mixture avec beaucoup de précautions, de garantir l'œil avec un tampon d'ouate et de garnir les bords de l'ulcère d'un corps gras.

Dans les nombreux cas traités par l'auteur il n'a jamais observé cette conjonctivite, pas plus que l'inflammation de la muqueuse pituitaire, que certains auteurs ont signalée.

Les inconvénients de la méthode sont donc peu graves, il est facile de les éviter ou d'y remédier.

L'auteur présente ensuite une suite d'observations d'où il ressort que la méthode donne des résultats remarquables, avec guérison en deux ou trois mois et absence de récidives, du moins d'après ce que les observations les plus anciennes permettent de supposer.

Il y a cependant des cas où les efforts n'ont pas été couronnés de succès.

Les cas favorables dont parle l'auteur sont tous des cancroïdes à marche lente, très superficiels, siégeant les uns au nez, les autres au front ou à la lèvre, mais toujours vierges de ganglions.

D'après ces observations on peut conclure que la méthode est indiquée chez les vieillards pour

lesquels une opération sanglante est souvent une chose grave ; chez les cardiaques qui supportent mal l'anesthésie, chez les athéromateux, les alcooliques, dont la vitalité des tissus est compromise ; lorsque le cancroïde a évolué d'une façon lente, s'il y a adénopathie ; enfin si la tumeur siège dans le voisinage de l'œil.

La méthode est contre-indiquée : chaque fois que l'épithélioma sera accompagné de ganglions.

Le traitement caustique réussit bien dans les cancers superficiels, mais il semble contre-indiqué dans les cancers profonds.

Dans un cas de cancer de l'amygdale avec adénopathie, et dans un autre cas où le néoplasme avait détruit complètement le nez et envahi les portions osseuses sous-jacentes, ce traitement n'a donné aucune amélioration.

La méthode ne doit donc pas être employée d'une façon exclusive et ne peut pas être regardée comme devant remplacer le traitement chirurgical.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien chef de clinique de la Faculté

Traitement de la blennorrhagie par le dermatol (*Medicinskoe Obosrenie* n° 2, 1900). — Dokoutschaieff a employé le dermatol dans 19 cas de blennorrhagie aiguë et dans 11 cas de blennorhée chronique.

Dans les cas aigus, lorsque tout l'urètre est atteint, celui-ci a été préalablement lavé avec une solution tiède d'acide borique ou de permanganate à 2 0/0. Ceci fait, on instille soit à l'aide d'une seringue ordinaire, soit à l'aide de la seringue Guyon, d'abord dans la portion postérieure, ensuite dans la portion antérieure une émulsion de dermatol composée ainsi qu'il suit :

Dermatol	ãã 2 grammes.
Gomme arabique pulvérisée	
Eau distillée	25 grammes.

Ces instillations sont répétées toutes les trois heures ; on laisse l'émulsion dans l'urètre au moins cinq minutes, puis on la laisse sortir par gouttes. On défend au malade d'uriner dans l'intervalle des instillations.

Si c'est la portion antérieure de l'urètre qui est atteinte, on commence tout d'abord par faire des instillations dans cette portion ; au bout de trente-quatre jours on instille dans la portion postérieure.

Dans les cas chroniques, une fois le lavage de l'urètre fait, on y introduit une bougie enduite de la pommade suivante :

Dermatol	0 60 centigr.
Lanoline	10 grammes.
Cire blanche	2 —

La bougie est poussée jusqu'au col de la vessie, puis on masse l'urètre sur la bougie pendant un certain laps de temps dont on augmente progressivement la durée.

Toutes ces manipulations ne durant pas plus de vingt minutes, sont faites deux fois par jour.

Le traitement que nous venons d'exposer a donné à l'auteur d'une façon générale de bons résultats.

Les cas chroniques ont été guéris au bout de dix-neuf à quarante-trois jours ; les cas aigus de huit à quarante-six jours.

Comme complications on a noté l'épididymite (3 cas). Sur 19 cas aigus, le processus aigu devint chronique dans 4 cas ; sur 11 chroniques, le traitement n'a donné aucun résultat dans 3 cas.

J. Roubleff.

Traitement opératoire des calculs de l'uretère (*Medicinskoe Obosrenie*, 2 1900). — Volintjeff après avoir passé en revue la riche littérature concernant cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° La laparatomie exploratrice, dans les cas où l'on soupçonne un calcul de l'uretère, ne doit presque jamais être employée ; la voie extra-péritonéale est la meilleure ;

2° Dans les cas d'affections rénales à diagnostic douteux, le mieux c'est de recourir aux procédés Israël ou Guyon :

3° L'exploration des uretères par la paroi abdominale est peu sûre et, en outre, dangereuse. Elle ne peut être appliquée que dans des cas récents ;

4° Pour explorer l'extrémité inférieure de l'uretère, l'auteur propose l'incision suivante. Elle part d'un point situé à 4 centimètres en haut et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour aboutir au milieu de la ligne qui joint le tubercule iléo-pubien à l'ombilic. S'il le faut, on prolonge l'incision le long du muscle abdominal droit en haut ou en bas ;

5° Dans toute néphrotomie, on doit examiner les uretères. Il n'est pas prudent de laisser le calcul dans l'uretère, dans l'espoir qu'il sortira spontanement. Pour pratiquer le sondage de l'uretère en partant du rein, il faut employer un instrument métallique.

6° Le cathétérisme des uretères en partant de la vessie, n'a pas de valeur, sauf dans les cas où il s'agit de savoir s'ils sont perméables.

J. Roubleff.

Une modification aux procédés opératoires d'uréthrotomie externe sans conducteur par le Dr Morales Pérez (*Revista Medica de Sevilla*, n° 407, 1900). — Après avoir décrit les difficultés qu'on trouve dans la pratique pour rencontrer le bout postérieur de l'urèthre et posé comme conclusion que tout rétrécissement qu'on ne peut guérir par la dilatation graduelle doit être opéré par l'uréthrotomie externe. Morales propose la modification suivante qu'il a employée avec succès.

On fait une incision dans le raphé médian périnéal jusqu'à deux centimètres au devant de l'anus. Au bord postérieur de cette incision, on en pratique une autre courbe, comme si on allait faire la taille pré-rectale de Nélaton, on dissèque (ayant l'index gauche dans le rectum) jusqu'à ce qu'on arrive au vertex de la prostate. Arrivé là, on sépare tant qu'il est possible et on incise les deux rayons transverses inférieurs.

Comme toujours il existe derrière les rétrécissements une dilatation produite par les efforts faits par la vessie dans le but d'expulser l'urine : il est facile avec ce procédé de trouver le conduit dans sa situation normale puisque la prostate constitue un excellent point de repère. Les autres temps sont pratiqués selon les procédés classiques.

F. Berini.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.
à l'hôpital de la Charité

Influence de la resection du col sur les accouchements ultérieurs par S. Pozzi, (*Revue de Gynécologie*. décembre 1899). — Cette question a fait l'objet d'une longue discussion à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, où plusieurs accoucheurs, M. Pinard entre autres et ses élèves, sont venus apporter un certain nombre de cas malheureux, ayant pour origine des opérations pratiquées antérieurement sur le col utérin : ces accidents ont été variés, allant du simple retard à la dilatation (parfois, au contraire, travail prématuré et avortement), jusqu'à la déchirure utérine suivie de mort : il y a eu des présentations du siége, de la procidence du cordon, etc.

M. Pozzi, à la suite de M. Doléris et de M. Bouilly, n'a pas eu de peine à démontrer qu'il ne saurait être question, dans ce cas, que de résections du col *mal faites*, ayant donné lieu à des réunions par seconde intention, c'est-à-dire ayant abouti à une cicatrice fibreuse, formée de tissu inodulaire rétractile.

En réalité, il serait dangereux de jeter le discrédit sur une opération qui rend aux malades, quand elle est exécutée correctement, des services inappréciables.

La technique diffère suivant les auteurs, et l'on peut compter quatre variétés d'amputation du col :

L'opération d'Emmet, qui est une résection latérale avec suture d'une ancienne déchirure ulcérée ou sclérosée ;

L'opération de Schrœder, dans laquelle, après un débriment bilatéral, on sectionne transversalement la muqueuse intérieure qu'on excise, en ménageant dans l'épaisseur de chaque lèvre du col un mince lambeau recouvert par la muqueuse extérieure et qu'on replie pour la suturer à la tranche de la muqueuse intra-cervicale ;

L'opération de Simon Marckwald ou amputation biconique qui permet une réunion parfaite, un affrontement exact ;

L'opération de Pozzi, ou évidement commissural, qui consiste en un débridement latéral suivi de l'évidement de chacune des surfaces cruentées par l'excision d'un petit prisme de tissu, ce qui permet de suturer sans tiraillement sur ces quatre points la muqueuse intérieure à la muqueuse extérieure.

L'opération de Schrœder est la plus difficile, elle réclame une habileté qui n'est pas à la portée de tous

Les conditions indispensables au succès d'une amputation du col sont les suivantes : L'affrontement devant être exact, les lambeaux seront mis en contact sur toute leur surface ; pour cela, il faudra les tailler en biseau, ni trop longs ni trop courts, ni trop épais, ni trop minces.

De plus, la suture devant réunir toute la surface cruentée, les fils devront être placés profondément sous cette surface : le crin de Florence paraît le plus apte à remplir les conditions d'asepsie et de solidité, la soie pouvant s'infecter, le catgut se résorber trop rapidement. Enfin, l'orifice ménagé par l'avivement sera suffisamment ouvert.

A ces détails de technique, il faut ajouter l'asepsie la plus rigoureuse, non seulement pendant l'opération, mais après, lors des pansements et des injections.

Si toutes ces conditions sont réunies, ce qui réclame de la part de l'opérateur un peu de pratique et une certaine habileté, les accidents de dystocie qui ont effrayé les accoucheurs ne seront pas à redouter, la souplesse et la perméabilité du col n'étant nullement compromises.

En somme, on peut conclure ainsi : Si la résection du col est faite suivant une bonne technique, si l'on obtient la réunion par première intention, la fécondation ne sera pas entravée, mais souvent au contraire favorisée, la grossesse et l'accouchement seront normaux, le travail ne différant pas, ou peu, de celui qui s'accomplit lorsque l'utérus est normal.

R. Blondel.

Ventro-fixation de l'utérus sans laparotomie, par Franck Suggs (*Méd. Journ.*, 9 décembre 1899). — Grâce à l'emploi du « porte-suture » de l'auteur, on peut pratiquer facilement cette opération par le vagin. On fait, à l'ordinaire, l'incision postérieure et on ouvre le Douglas. On détache avec le doigt les adhérences : on amène les annexes en vue pour les examiner et les traiter suivant leur besoin; puis on bascule complètement l'utérus de façon à avoir sous les yeux, dans l'incision, tout le fond et même un peu de la face antérieure. On scarifie quelque peu cette face et on passe dans la paroi utérine trois anses de catgut dont on conserve les bouts entre les mors d'une pince. Ce sont ces catgut qu'il s'agit de fixer à la paroi antérieure, et l'auteur y arrive de la façon suivante :

Il a une longue canule courbe, terminée par une partie mousse, et dans laquelle court un long trocart flexible dont la pointe, munie d'un chas, peut saillir de 5 à 6 centimètres. On passe dans ce chas les deux chefs d'une longue anse de soie et on rentre la pointe dans la canule.

La malade étant alors renversée dans la position de Trendelenburg, la main gauche de l'opérateur réduit l'utérus et l'applique contre la symphyse, tandis que la droite conduit la canule du trocart entre les doigts de la main gauche jusqu'au contact de la paroi abdominale, laquelle est déprimée par un aide. On pousse le trocart à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'aide puisse saisir les bouts du fil de soie, qu'il défile et attire au dehors, amenant ainsi une des anses de catgut dont les bouts ont été tordus avec la boucle du fil de soie. Cette petite manœuvre est répétée pour chacun des catguts et ceux-ci sont liés sur la paroi abdominale, par-dessus un petit rouleau de gaze.

Il n'y a plus qu'à fermer l'incision vaginale.

R. Blondel.

Traitement du prolapsus de l'utérus et de la vessie par J. S. Stone (*Am. Gyn. and Obst. Jal.* janvier 1900). — Stone constate l'insuccès trop fréquent des différentes opérations, en particulier de la colporrhaphie antérieure, dirigées contre la cystocèle vaginale, et propose l'opération suivante :

Incision en croissant sur le col, comme au premier temps de l'hystérectomie. Séparation complète des attaches postérieures de la vessie avec l'utérus et les ligaments larges. Suture de la tranche vaginale sur le corps de l'utérus, à la hauteur des ligaments ronds, si c'est possible. Les bords latéraux de l'incision vaginale sont ramenés jusque sur le col et servent à recouvrir la surface dénudée de l'utérus au moyen de quelques points séparés.

Si le prolapsus utérin est prononcé, S. ouvre alors la paroi abdominale, fixe la face postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus préalablement scarifiée, et termine par une ventro-fixation, soit à la paroi abdominale, s'il agit d'une femme âgée, soit au péritoine pariétal s'il s'agit d'une femme encore susceptible d'avoir des enfants.

L'auteur insiste surtout sur la dissociation des attaches de la vessie avec l'utérus et avec la paroi vaginale antérieure. Il dit même qu'on peut se contenter, si cette dissection est bien faite, de reséquer ensuite une portion plus ou moins longue du lambeau vaginal, et de suturer le reste au col. Si l'utérus est également prolabé, il est entendu qu'il faut le relever par les moyens de suspension ou de fixation connus.

R. Blondel

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève

Sanguinol (*Wratch*, n° 1, 1900). — Le sanguinol obtenu par le Dr Vamstecker du sang de jeunes veaux, se présente sous forme d'une poudre rouge sombre, soyeuse et excessivement légère. Il se dissout facilement et complètement dans l'eau, donnant alors le spectre de l'oxyhémoglobine. Konoukess se basant sur les travaux faits au laboratoire de Runge, qui ont montré que le sanguinol contient 90 0/0 d'hémoglobine a conclu que cette substance trouve son indication dans le traitement de l'anémie et de la chlorose.

L'auteur l'a donc employée dans 14 cas qui se décomposent ainsi que suit :

1 cas de chlorose très prononcée chez une fillette de 13 ans.

5 cas de convalescence languissante après pneumonie (1 cas), broncho-pneumonie (2), fièvre typhoïde (2).

6 cas d'anémie avec diminution de la nutrition générale (chez des individus dont l'âge varie de 6 à 15 ans).

2 cas de femmes adultes (1 cas après les couches, 1 cas, deuxième mois de grossesse).

Dans tous ces cas, le sanguinol employé pendant 3 à 6 semaines à la dose de 3 à 8 grammes par jour a déterminé une amélioration très nette de l'état général : la céphalée et le vertige ont disparu, les flueurs blanches se sont arrêtées; l'appétit s'est amélioré, le poids a augmenté.

La meilleure manière d'administrer le sanguinol est de le donner en cachets, à la dose de 1 gramme un quart d'heure avant les repas, trois fois par jour.

J. Roubleff.

Action de la péronine sur l'œil (*Wratsch*, n° 1, 1900). — La composition chimique de la péronine, qui est un chlorhydrate de benzolmorphine, permet déjà *à priori* de supposer, que cette substance doit exercer une action anesthésique particulière sur l'œil, étant donnée l'action anesthésiante du benzol et l'action myotique exercée sur la pupille par la morphine. D'un autre côté, comme les substances qui font contracter la pupille déterminent généralement la diminution de la pression intra-oculaire, on peut; là encore, supposer *à priori* que la péronine doit constituer un anesthésique précieux dans le glaucome. Ces suppositions se sont réalisées.

Smirnoff a employé la péronine chez 160 individus dont 35 avec les yeux parfaitement sains. Pour ses essais thérapeutiques, l'auteur s'est servi le plus souvent d'une solution très faible de péronine à 1/3 0/0, car les solutions à 1 0/0 et même à 1/2 0/0 déterminent une congestion intense et l'œdème de la conjonctive. D'une façon générale, l'action de la péronine a consisté en ceci :

L'anesthésie a été aussi rapide que celle produite par l'holocaïne, mais plus prolongée que celle que donne la cocaïne, bien que dans des proportions différentes suivant les cas. Ainsi une solution de péronine à 1/2 0/0 a produit l'anesthésie dans 4 0/0 de cas, au bout de trente secondes ; mais il y a eu des cas où l'anesthésie n'a été produite qu'au bout de cinq minutes ; dans cinq cas même (avec troubles vasculaires de la cornée), on n'a pas pu arriver à provoquer l'anesthésie.

La contraction de la pupille n'a pas été considérable : elle a varié de 1 1/2 à 2 1/2 millimètres. En revanche, la contraction une fois obtenue a persisté très longtemps, parfois même jusqu'à vingt-quatre heures — après une seule instillation — résistant à l'action simultanée de l'atropine.

L'accommodation est devenue plus intense; là encore on a noté la résistance à l'action paralysante de l'atropine qui ne commençait à se manifester qu'au bout d'un laps de temps qui a varié de trente minutes à deux heures et demie.

La péronine augmente la diffusion dans la chambre antérieure d'une façon plus active que l'ésérine et presque au même degré que la cocaïne.

En ce qui concerne l'action intra-oculaire de la péronine, l'auteur l'a examinée chez 20 individus dont un certain nombre étaient atteints de glaucome et il a constaté que dans la majorité des cas, la péronine a diminué la pression : dans 13 0/0 des cas, la pression intra-oculaire est restée sans modifications ; mais — fait important — dans aucun cas on n'a observé l'augmentation de la pression.

Encouragé par ces premiers résultats, l'auteur a employé la péronine dans dix cas de glaucome au point de vue de l'anesthésie et dans tous les cas — sauf un — la péronine a déterminé l'anesthésie complète ; la congestion, l'œdème, le larmoiement, n'ont pas été plus intenses que sur l'œil sain.

Enfin, il a employé la péronine dans quatre cas de glaucome chronique, en tant que moyen spécifique. On a instillé une solution de péronine à 1/3 0/0 (*une ou deux gouttes* à la fois — trois à six fois par jour), on n'a observé ni œdème ni congestion et les résultats ont été d'une façon générale favorables. Ce qui est particulièrement à noter c'est l'amélioration des symptômes subjectifs : les douleurs diminuent dès le troisième jour. On a constaté également une amélioration des symptômes objectifs : la pression intra-oculaire a diminué comme nous l'avons déjà dit plus haut, les veines ciliaires antérieures sont devenues à peine perceptibles ; dans un cas la cornée est devenue plus transparente ; dans trois cas la vue s'est améliorée.

En résumant son travail, l'auteur dit que tout en ne pouvant pas se prononcer d'une façon définitive sur l'importance de la péronine dans la thérapeutique des affections oculaires, il croit néanmoins possible de reconnaître à cette substance une incontestable utilité dans le glaucome.

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

DIGITALE (*Suite et Fin*)

Formules

Cachets :

Poudre de digitale..... } ãã 0 gr. 05
— de scille..... }
— de muguet..... 0 gr. 50

pour un cachet n° 12.

Infusion :

Poudre de feuilles de digitale..... 0 gr. 50
Faire infuser dans
Eau bouillante..... 120 grammes
Filtrez et ajoutez
Sirop de fleurs d'oranger. 10 grammes
Sirop de morphine..... 20 —

à prendre en deux fois dans la journée. (adultes)

Poudre de feuilles de digitale..... 0 gr. 10
Eau bouillante..... 50 grammes
Faire infuser, filtrer et ajouter
Sirop de fleurs d'oranger. 15 grammes

à prendre en deux fois (enfants)

Macération :

Poudre de feuilles de digitale..... 0 gr. 60
Eau froide..... 160 grammes
Faire macérer 6 à 12 heures, filtrer et ajouter
Sirop de laurier-cerise. 20 grammes

à prendre en deux fois dans la journée.

Pilules :

Poudre de digitale..... }
— de scille..... } ãã 0 gr. 05
— de scamonée... }

pour 1 pilule. 2 à 6 par jour.

Poudre de feuilles de digitale..... 0 gr. 05
Calomel..... 0 gr. 05
Extrait d'opium..... 0 gr. 01
Extrait de genièvre..... 0 gr. 05

pour 1 pilule. 3 à 5 par jour.

Oxymel de Gubler :

Teinture alcoolique de digitale..... 10 grammes
Extrait aqueux de seigle ergoté..... 10 —
Acide gallique..... 5 —
Bromure de potassium. 30 —
Hydrolat de laurier-cerise..... 30 —
Sirop de cerises..... 400 —
Oxymel scillitique..... 515 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour dans de l'eau.

Poudres :

Sulfate de potasse pulvérisé..... }
Crême de tartre soluble..... } ãã 6 grammes
Nitrate de potasse pulvérisé..... }
Poudre de digitale pulvérisées..... 1 —

Mélez et divisez les 20 paquets. 1 à 3 par jour.

Poudre de scille.... }
Poudre de feuilles de digitale..... } ãã 1 gr. 50
Nitrate de potasse pulvérisé..... 20 grammes

Mélez et divisez en 15 paquets. 1 à 3 par jour.

Vin :

Vin de Trousseau ou *de l'Hôtel-Dieu* (Codex).

Feuilles de digitale.... 5 grammes
Squames de scille..... 7 gr. 50
Baies de genièvre..... 75 grammes
Acétate de potasse..... 50 —
Vin blanc..... 900 —
Alcool à 90°..... 100 —

Une cuillerée à soupe pèse 16 grammes et contient 0 gr. 80 d'acétate de potasse, les principes soluble de 0 gr. 08 de feuilles de digitale et de 0 gr. 12 de squames de scille.

Dose : 1 à 2 cuillerées à soupe.

Tableau de l'équivalence des différentes préparations de digitale :

10 centigrammes de poudre équivalent à

Digitaline cristallisée... 0 gr. 001
Extrait aqueux..... 0 gr. 045
Extrait alcoolique..... 0 gr. 050
Teinture alcoolique..... 0 gr. 50
Teinture éthérée..... 1 gramme
Sirop de digitale..... 20 —
Vin de digitale..... 20 —

Nota. — Il est à remarquer que ces équivalences sont très relatives : ainsi les préparations

officinales sont 9 à 12 fois plus toxiques que la proportion de digitaline renfermée dans la quantité de feuilles qui les contient.

50 centigrammes de feuilles de digitale équivalent, au point de vue toxique, à 3 ou 4 milligrammes de digitaline cristallisée, alors qu'elles ne renferment qu'un demi-milligramme de ce principe actif. (Fr. Franck).

DIGITALINE :

Propriétés physiques et chimiques :

La digitaline cristallisée est un glucoside qui se présente sous forme d'aiguilles incolores, insolubles dans l'eau, solubles dans 12 parties d'alcool.

Le chloroforme est son meilleur dissolvant.

La digitaline amorphe du Codex, entièrement soluble dans le chloroforme, renferme plus de neuf dixièmes de digitaline cristallisée. Sa posologie est donc la même.

Posologie. — Usitée chez l'adulte seulement, à la dose d'un dixième de milligramme à un milligramme, en granules en solutions. Cette dernière dose ne doit être donnée que pendant un jour seulement. Les doses de un dixième à un quart de miligramme ne doivent pas être administrées pendant plus de quatre à cinq jours et la médication ne doit être reprise qu'au bout de quinze à vingt jours.

Formules :

Solutions au millième. (Codex)

Digitaline cristallisée.....	0 gr. 10
Glycérine D, 1250.....	33 cc. 3
Eau.....	14 cc. 6
Alcool à 95°.....	qs. pr 100 cc.

Cinquante gouttes ou un gramme contiennent un milligramme de digitaline cristallisée.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

La morphinomanie chez les médecins américains. — M. Crothers, chargé par un comité d'études de procéder à une statistique sur les ravages produits dans la société américaine par l'abus de l'alcool et de l'opium, publie un rapport préliminaire ne concernant que les résultats de ses observations sur la morphinomanie chez les médecins.

Sur 3244 médecins exerçant dans l'est, le centre et quelques provinces de l'ouest des Etats-Unis d'Amérique, 21 0/0 furent trouvés alcooliques ou morphinomanes, 6 0/0 abusaient d'une façon permanente de la morphine ou de l'opium. En plus de ce nombre, 10 0/0 s'adonnaient à des excès en secret. Et, sur la quantité totale, 20 0/0, c'est-à-dire presque tous, buvaient de l'alcool avec intempérance.

Dans une autre série d'observations, 170 médecins (soit 7 0/0) usaient ouvertement d'opium et de morphine, et 6 0/0 le faisaient en cachette.

D'après ces résultats édifiants, on voit que de 6 à 10 0/0 des praticiens examinés ont été trouvés morphinomanes.

M. Crothers conclut en ces termes : « Les médecins ne devraient jamais se faire d'injection de morphine, à moins d'avoir pris, au préalable, l'avis autorisé d'un confrère sérieux.

« Il ne faudrait jamais prescrire de morphine à un médecin névropathe, tant que l'on ne serait pas intimement convaincu de l'absolue nécessité du remède. Enfin, si le médecin se laisse aller à l'usage de la morphine, il doit l'abandonner le plus tôt possible ou, du moins, faire tous ses efforts pour se défaire au plus vite de cette vicieuse manie ». (*Revue de l'hypnotisme.*)

Congrès international d'hygiène. — Le Xe Congrès international d'hygiène et de Démographie s'ouvrira à Paris le 10 août, et sera clos le 17 du même mois.

Le Congrès se compose des membres français ou étrangers, qui auront fait acte d'adhésion et auront préalablement versé une somme de 25 francs. Le Comité exécutif se réserve le droit de refuser toute demande d'adhésion qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

Les dames (épouses ou parentes) des membres du Congrès ne seront considérées comme membres qu'à la condition de présenter un diplôme, médical ou scientifique, ou tous autres titres se rapportant aux sciences de l'hygiène ou de la démographie. Celles qui ne posséderaient pas ces titres pourront néanmoins, moyennant une cotisation de 10 francs, avoir les avantages accordés

aux membres du Congrès, mais elle ne pourront pas prendre part aux discussions et n'auront aucun droit aux publications du Congrès. Le Congrès est divisé en sections savoir :

1° Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène :

2° Hygiène alimentaire. — Sciences chimique et vétérinaire appliquées à l'hygiène ;

3° Salubrité. — Sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène ;

4° Hygiène individuelle et des collectivités (première enfance, exercices physiques, écoles, hôpitaux, prisons, etc.). Crémation ;

5° Hygiène industrielle et professionnelle. — Logements insalubres ;

6° Hygiène militaire, navale et coloniale ;

7° Hygiène générale et internationale (prophylaxie des maladies transmissibles, administration et législation sanitaires) ;

8° Hygiène des transports (transports en commun, chemins de fer, navires, omnibus, tramways, automobiles) ;

9° *Démographie.*

Sécrétariat du Congrès : 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

L'entéro-colite muco-membraneuse, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Paris (n° 22 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, Dr Critzman, directeur), 1 brochure grand in-8° avec figures dans le texte Masson et Cie, (éditeurs), 1 fr, 25.

L'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse est négligée dans les traités classiques, où l'on se borne à la signaler comme une complication éventuelle de la constipation chronique : cependant, il s'agit d'une affection fréquente, soulevant d'importants problèmes de pathogénie et de traitement. On saura donc gré à notre excellent collaborateur d'avoir consacré un travail d'ensemble à cette question, travail pour lequel le désignaient son expérience pratique et ses publications anté rieures sur le même sujet. L'auteur a décrit de façon détaillée les différentes variétés cliniques du syndrome morbide, discuté notamment les relations de la forme chronique des adultes avec les colites aiguës de l'enfance, ce qui est encore l'un des points en litige. La partiet hérapeutique, très développée, donne aux praticiens les indications les plus précises sur la conduite à tenir aux différentes phases de l'affection.

Le traitement balnéo-mécanique des affections chroniques du cœur, par Lheftler, chez Octave Doin, éditeur, Paris.

Cet ouvrage, de 90 pages, orné de nombreux dessins dans le texte, est destiné à faire connaître au public médical français la méthode Schott de Nauheim, que nos confrères d'autres pays, des Etats-Unis principalement, ont eu tout le loisir d'étudier, au moins à distance, pour peu qu'ils lisent les journaux médicaux de leur pays. En France, la méthode a dans ces dernières années attiré l'attention de plusieurs éminents cliniciens et, s'ils ont trouvé des ombres au tableau qu'on leur en avait fait cela tient à ce que l'affluence des malades à la station balnéaire a parfois démontré la justesse de l'observation de Heftler : *employée sans discernement, elle a donné lieu à de nombreux comptes. Mais c'est le propre de tous les agents thérapeutiques d'être des armes à doubles tranchants.* Il est donc nécessaire, avant de faire bénéficier un malade de la méthode de Schott, de bien l'observer et de s'assurer si le traitement balnéo-mécanique est bien suppporté. Pour ce faire, il suffit, en dehors d'un diagnostic précis, de se rendre compte de la susceptibilité individuelle de chaque malade en débutant par le traitement à domicile. On peut, en effet, instituer à domicile le traitement balnéaire, que l'on combinera aux exercices de résistance, aussi nombreux que savamment gradués. Ces exercices font l'objet d'une série de 47 figures, auxquelles nous adresserons un léger reproche, c'est que le patient est représenté tout habillé. Les figures manquent en ainsi partie leur but, car elles sont évidemment destinées à donner une leçon de choses et à réduire au minimum pour l'opérateur les tâtonnements du début.

Les vêtements empêchent le lecteur de voir le point exact sur lequel porte l'effort des mains de l'opérateur.

A part cette critique de détail, on ne saurait adresser que des éloges à l'auteur : le sujet est traité avec un remarquable souci de rester dans le domaine des faits; l'ouvrage rendra un grand service à tous les praticiens qui ont compris qu'en présence d'affections aussi chroniques que les affections cardiaques, il y a autre chose à faire que de prescrire pilules et potions, en augmentant les doses à chaque aggravation de la maladie.

Mlle Imprimerie, R. Lanier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix proposés par l'Académie de médecine pour 1902.

(Les concours seront clos fin février 1892).

Prix de l'Académie. — 100 francs. (Annuel.) Question : « Des toxines en pathologie. »

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.)

Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1.000 francs. (Triennal.) Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger. — 2.000 francs. (Biennal.) A l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2.000 francs. (Annuel.) A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapproches,

Prix Charles Boullard. — 1.200 francs. (Biennal.) Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 francs. (Annuel.) A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1.500 francs. (Annuel.) Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales

Prix Campbell Dupierris. — 2.300 francs. (Biennal.) Au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 100 francs. (Annuel.) Questions : « Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.

Prix Chevillon. — 1.500 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) Question : « Des diverses formes de la démence. »

Prix Clarens. — 400 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1.000 francs. (Annuel.) « Les travaux adressés pour ce concours, devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes. — 1.300 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 700 francs. (Biennal.) Questions : « Des somnambulismes. »

Prix Ernest Godart. — 1.000 francs, (Annuel.) Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1.200 francs. (Quadriennal.) Question : « Traitement abortif du tétanos. »

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 300 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. — 5.000 francs. (Annuel.) A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1.000 francs. (Annuel.) A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Prix Lefèvre. — 1.800 francs. (Triennal.) Question : « De la mélancolie. »

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.600 francs, (Annuel.) A l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1.500 francs, M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) Question : « Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) Question : « Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.

Prix Saintour. — 4.400 francs. (Biennal.) A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1.400 francs. (Biennal.) A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) Au meilleur travail sur l'hygiène.

Pour renseignements complets, s'adresser au Secrétariat de l'Académie de médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA SCROFULE (1)

Par le Dr Paul Gallois, *ancien interne des Hôpitaux.*

La médecine, dit-on couramment, n'a pas fait de progrès aussi étonnants que la chirurgie. C'est là, je crois, une erreur. Ce ne sont pas deux sciences différentes, mais deux branches différentes d'une même science, et il serait bien invraisemblable que l'une pût progresser pendant que l'autre resterait stationnaire. Ce qui fait que les progrès de la médecine passent inaperçus, c'est qu'ils se sont produits dans une direction autre que celles où on les attendait. On demandait à la médecine de guérir les maladies, elle fait mieux, elle indique les moyens de les éviter. De plus en plus, le rôle du médecin de famille devra être de prévoir les accidents morbides dont ses clients sont menacés, pour en prévenir l'éclosion, de les reconnaître à leurs premiers indices pour les guérir à un moment où ils sont encore guérissables. Soigner une adénite cervicale tuberculeuse, c'est déjà intervenir un peu tard, car à ce moment l'insection scrofuleuse est déjà réalisée. Mais le médecin qui, chez un enfant adénoïdien, sait craindre une infection bacillaire, et parvient à l'empêcher de se produire, rend certainement un service plus important. Le rôle du médecin doit donc être avant tout un rôle de surveillance. Ce n'est pas quand de gros accidents se produisent qu'il est avantageux de l'appeler, c'est à l'occasion de petits accidents dont seul il peut prévoir les conséquences graves, que son intervention est surtout profitable.

C'est sur ce côté de prophylaxie que j'insisterai surtout à propos du traitement de la scrofule, d'autant plus que dans les questions d'hygiène et de thérapeutique infantiles, notre voix est en général particulièrement bien écoutée.

Le traitement de la scrofule est celui de toute infection. Il faut : 1° écarter les germes infectieux; 2° fermer les portes d'entrée ; 3° combattre l'infection réalisée.

1° Ecarter les germes

Pour écarter les germes morbides, il faut savoir ceux qui sont particulièrement à craindre. Ce sont, pour la scrofule, les microbes pyogènes et surtout le bacille de Koch. Mais il est encore d'autres germes dangereux, ce sont ceux de la grippe, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, etc., de toutes les affections qui, en provoquant des inflammations gutturales, ouvrent des portes à l'infection et exaltent la virulence des germes contenus dans le rhino-pharynx.

(1) Extrait de *La Scrofule et les Infections adénoïdiennes*, par le Dr Paul Gallois. Un vol. in-18 de 313 pages. — Vient de paraître à la *Société d'Editions Scientifiques*. Paris, 1900.

Pour les adénoïdiens, particulièrement menacés, il sera donc très important d'éviter les réunions d'enfants, telles que sauteries ou arbres de Noël, c'est un point sur lequel Grancher a insisté, avec juste raison. Beaucoup de parents ayant annoncé par avance cette petite fête à leurs enfants, n'osent plus, s'ils leur voient un peu de rhume, leur faire le chagrin de les laisser à la maison. Or, ce rhume, c'est souvent la grippe, parfois la rougeole, quand ce n'est pas la diphtérie. Et l'on voit assez fréquemment de véritables petites épidémies se produire, parmi les enfants ainsi réunis et contaminés par l'imprudence de parents trop faibles ou peu soigneux. Le commencement des cours ou l'entrée au collège est une occasion pour les enfants de contracter des maladies contagieuses, presque obligatoires comme la rougeole. Pourtant depuis quelques années la surveillance médicale, dans les établissements d'instruction, s'effectue avec vigilance et les épidémies ont notablement diminué. Il reste un groupement d'enfants qui me paraît actuellement particulièrement dangereux, c'est celui qui se fait au moment des catéchismes de première communion. Des enfants en très grand nombre et de toute provenance, sont réunis sans aucun contrôle sanitaire. Il n'est pas d'année où je ne constate de petites épidémies familiales de rougeole, importées par le seul enfant préparant soit sa première communion catholique, soit son initiation hébraïque. Il y aurait, je crois, de ce côté, à prendre quelques mesures prophylactiques.

Ces divers modes de contagion ne sont pas toujours faciles à éviter. On voit bien le danger, mais comme il faut bien vivre de la vie de tout le monde et qu'en cas de grippe, de rougeole ou de scarlatine, le pronostic n'est pas très grave en général, on laisse aller les choses au petit bonheur. Et en réalité les inconvénients ne sont pas très grands la plupart du temps, quand il s'agit d'enfants suffisamment résistants. Mais quand on se trouve en présence d'enfants adénoïdiens, ayant déjà eu des accidents infectieux de surface ou des accidents ganglionnaires, il est souvent utile de ne pas les laisser dans les grandes villes où les risques de contagion sont plus considérables. La vie à la campagne ou au bord de la mer ont parmi leurs divers avantages, celui de pratiquer l'isolement. Le Gendre fait remarquer que les scrofuleux s'enrhument moins au bord de la mer qu'entre les quatre murs d'un collège. Il se produit pour eux, dans ce cas, le même fait que pour les pêcheurs de Saint-Kilda, au nord de l'Ecosse, qui, durant l'hiver, ne toussent pas et qui ne s'enrhument qu'en été, au moment où les excursionnistes viennent leur apporter les germes de la grippe.

Des agents d'infection secondaire, pyogènes ou bacille de Koch, le plus facile à écarter est peut-être le bacille de Koch. C'est tout au moins contre lui que les précautions sont les plus importantes à prendre. D'une façon générale, des enfants ne doivent jamais rester en contact avec des tuberculeux, et cette règle doit être particulièrement absolue si les enfants sont adénoïdiens ou présentent une altération rhino-pharyngée quelconque. Ce sont les phtisiques surtout qui sont dangereux, car les crachats des poitrinaires sont les plus redoutables agents de dissémination des bacilles. Le voisinage de scrofulo-tuberculeux est un peu moins dangereux, leurs lésions étant relativement pauvres en bacilles et les répandant moins facilement au dehors. Il est préférable évidemment de ne pas laisser des enfants dans leur familiarité. Dans les cas cependant où cette séparation est impossible, dans les asiles de scrofuleux, il importe que les médecins, et le personnel qui les assiste, prennent des précautions antiseptiques. Il faut désinfecter les mains, les objets de pansement, les instruments, et bloquer sous des pansements les plaies suppurantes.

Les affections parasites de la peau devront être également surveillées. Lorsque des enfants doivent vivre en commun, il faut veiller avec soin à ce qu'aucun n'ait de phtiriase ou d'impétigo. On recherchera avec soin les plus petites lésions, les croûtes du nez ou

les suintements derrière le pavillon de l'oreille. Il suffit d'un foyer initial minime pour produire une importante épidémie.

Toutes les précautions que nous venons d'indiquer, sont en quelque sorte extérieures à l'enfant dont nous nous chargeons d'assurer la prophylaxie. C'est de l'hygiène publique. Il faut y joindre une hygiène personnelle. Pour éviter les infections cutanées, le moyen le plus important est la propreté, et pour les enfants en particulier dont la peau est plus fragile que celle de l'adulte, cette propreté ne saurait être jamais trop méticuleuse. Des germes innombrables nous entourent, il importe de ne pas les laisser flâner sur la peau, et de ne permettre en aucun point du corps l'amas de débris organiques épidermiques où ils puissent pulluler comme des champignons sur couche. Il ne suffit pas de débarbouiller le tour du nez des enfants, comme cela se fait trop souvent. Le mieux est de donner chaque jour un bain entier : l'enfant étant nu, les vêtements ne gênent pas pour faire un lavage complet. Une petite douche terminale à l'eau boriquée sera très avantageuse. Chez les tout petits, on savonnera le cuir chevelu pour ne pas laisser s'accumuler les prétendues croûtes de lait. On surveillera avec soin tous les plis cutanés et spécialement le pli rétro-auriculaire et les plis qui entourent le nez, les coins de la bouche et les paupières. Les doigts devront être également l'objet de soins attentifs, car ce sont les grands véhicules des germes morbides. On empêchera les enfants de se gratter, de se mettre les doigts dans le nez, de les porter aux yeux ou aux oreilles, habitudes qui ne sont que des tics automatiques la plupart du temps. On s'opposera aussi à ces manies qu'ont certains enfants de tirer la langue, de téter leurs lèvres ou leurs doigts et dont le résultat est d'amener des excoriations autour de la bouche. On aura soin de moucher les enfants et d'éviter qu'ils ne promènent avec leura doigts sur la figure les produits de leurs secrétions nasales.

Il sera bon également de désinfecter les cavités naso-gutturales, non pas évidemment chez tous les enfants, mais chez ceux qui ont soit une poussée aigue de coryza, soit de la rhino-pharyngite chronique. La plus simple est de les moucher dès qu'ils en ont besoin, pour ne pas laisser s'amasser des mucosités, où les germes peuvent se multiplier et s'écouler au voisinage. C'est de l'asepsie, il faut y joindre de l'antisepsie. Le mieux est de faire des pulvérisations d'eau boriquée avec les petits pulvérisateurs à vapeur. Ces pulvérisations ont l'avantage d'agir à la fois sur le nez, la gorge et les yeux et d'agir en somme sur tous les recoins de la grotte faciale, couramment accessibles à l'air. J'ai sous ma surveillance médicale un certain nombre d'enfants, que par ce simple procédé on tient à l'abri de complications strumeuses. Si l'on cesse, on voit réapparaître du coryza, du larmoiement, des microadénites cervicales, les enfants pâlissent et perdent l'appétit. Ces pulvérisations me paraissent pour certains enfants, un complément indispensable de la toilette. Comme prophylaxie des infections d'origine rhino-pharyngée, elles me paraissent aussi importantes que les lavages de la peau. C'est la propreté des muqueuses de la face.

2° Fermez les portes d'entrée

Le deuxième point de notre programme consiste à fermer les portes d'entrée. Or, les détails que j'aurais à fournir sur ce point, ont déjà été indiqués. Dans l'ensemble des accidents scrofuleux, il en est un certain nombre qui constituent ce que j'appelle volontiers la préscrofule. Je ne considère pas comme scrofuleux un enfant qui n'a que des adénoïdes ou de l'impétigo. Mais ces lésions sont des portes ouvertes à l'infection.

Il sera donc de la plus haute importance de guérir au plus tôt toutes les affections cutanées pouvant laisser pénétrer une infection, bacillaire ou autre. Les petites excoria-

tions banales de la peau, seront pansées à l'aristol ou à l'europhène, médicaments qui, ayant des propriétés résineuses analogues à celles de la colophane, collent à la peau et forment à eux seuls un pansement sans avoir besoin de bandage protecteur. Si les excoriations sont multiples et recouvrent une certaine surface, comme les gerçures des mains produites par le froid, la vaseline boriquée sera préférable. Elle est indiquée aussi pour guérir les gerçures des lèvres, que l'on rencontre chez les enfants, qui ont la manie de tirer la langue ou de mettre les doigts dans la bouche. Elle est indiquée également pour les gerçures qui se produisent sur le rebord muqueux des lèvres, chez les enfants adénoïdiens qui respirent par la bouche. La dessication de cette muqueuse amène, outre les gerçures, des exfoliations par lambeaux qui, arrachés, laissent de petites plaies saignantes, lesquelles peuvent s'infecter. La vaseline boriquée servira également à panser les excoriations de la lèvre supérieure, ou les fissures nasales consécutives au coryza aigu ou chronique.

On devra s'empresser à plus forte raison de guérir des affections cutanées plus grosses et plus dangereuses au point de vue de l'affection. La plus importante est l'impétigo; à côté d'elle on peut placer l'ezcéma impétiginisé, la phtiriase, le favus, l'ongelure. J'ai déjà indiqué les procédés de traitement applicables dans ces différents cas, je n'y reviens pas.

Mais le point le plus important est de fermer les portes d'entrée existant dans la grotte faciale. C'est en somme toute la thérapeutique de ces cavités qu'il faudrait décrire à nouveau. Les traitements que j'ai indiqués à propos des scrofulides muqueuses, répondent à cette partie du programme. Je n'ajouterai qu'un mot. Le traitement local de la porte d'entrée doit autant que possible être fait avant que l'infection ganglionnaire ou générale soit effectuée, mais même lorsque cette infection est produite, elle est encore utile. Quand une accouchée fait de la fièvre puerpérale, elle n'est pas toujours fatalement perdue. En présence des accidents de l'infection déjà réalisée, le médecin ne doit pas penser qu'il est trop tard pour agir. Il fait des lavages intra-utérins pour supprimer la source de l'infection et éviter que de nouveaux microbes pénètrent dans l'organisme. Et bien souvent la femme parviendra à détruire les agents pathogènes qui l'ont envahie. De même quand un sujet a de l'adénite cervicale tuberculeuse, il est encore indiqué d'intervenir du côté de la lésion initiale qui a joué le rôle de porte d'entrée, pour empêcher que de nouveaux bacilles ne s'insinuent. J'ai observé à cet égard des faits qui me paraissent probants. En voici un en particulier. Une jeune fille vient me trouver avec une chaîne ganglionnaire partant de la région parotidienne, s'étendant au creux susclaviculaire, à la région sous-pectorale et gagnant l'aisselle du côté gauche. Du même côté, on trouvait au sommet du poumon, en arrière, quelques craquements. Elle avait maigri, toussait un peu, souffrait de la gorge presque continuellement, avait un peu de laryngite. Elle avait de la tachycardie. Son périmètre thoracique était insuffisant (0,64), sa taille étant 1m55. Cette malade, qui avait des épistaxis fréquentes fut, sur mon conseil, examinée au dispensaire Péreire par M. Duplaix qui trouva des adénoïdes saillantes qu'il opéra en novembre 1897. Je lui fis faire, en outre, de la désinfection permanente des fosses nasales. Depuis lors, ses adénites cervicales ont diminué progressivement; en mai 1898 les ganglions étaient encore perceptibles; ils avaient disparu en janvier 1899. La malade est actuellement complètement remise, ne tousse plus. Il persiste des signes d'induration pulmonaire au sommet gauche (expiration soufflante, tonalité égale à l'inspiration et à l'expiration, submatité), mais les lésions sont arrêtées dans leur évolution. Le perimètre thoracique s'est accru (0,67 en janvier 1899), la trachycardie a diminué d'abord (96 en mai 98) et a disparu actuellement. Elle a continué cependant pendant 18 mois à avoir des épistaxis de moins en moins fréquentes. Voilà six mois qu'elle n'en a plus. Ce détail a

son importance. Les épistaxis à répétition ne doivent pas être considérées comme un phénomène négligeable. Elles indiquent une lésion nasale. La malade conservait donc, après son opération, des muqueuses rhino-pharingiennes malades, qui pouvaient encore être une porte d'entrée à l'infection. C'est là, à mon avis, une notion très importante. Au point de vue de la scrofule, enlever des adénoïdes, ce n'est pas tout. Cela peut être utile, mais le point capital, c'est de maintenir une désinfection permanente de la grotte faciale.

3° Modifier le terrain

La troisième partie de notre programme thérapeutique doit consister à augmenter la résistance du terrain pour le rendre réfractaire à l'infection déjà réalisée ou en voie de se réaliser.

Tout d'abord le médecin devra s'efforcer d'obtenir des générations vigoureuses. Il est bien certain que, de deux enfants adénoïdiens, le moins robuste aura plus de chance de s'infecter que le plus vigoureux. Il est bien certain également qu'un enfant débile ou mal nourri, aura un revêtement cutané ou muqueux plus perméable à l'infection, des humeurs moins bactéricides et des phagocytes moins actifs. Toutes les causes de débilitation devront donc autant que possible être écartées. Comme certaines de ces causes de débilitation sont originelles ou héréditaires, le médecin aura à s'en préoccuper même avant la naissance, même avant la conception. Il est évident qu'il devra autant que possible empêcher le mariage des tuberculeux. Mais que faire à l'égard des adénoïdiens? Ce serait pousser la logique à l'absurde, que d'interdire à un adénoïdien de se marier surtout s'il ne s'est jamais infecté. Faut-il empêcher un adénoïdien d'épouser une adénoïdienne? Je crois qu'un semblable mariage doit être plutôt déconseillé. Mais quand un seul des parents est adénoïdien, les enfants ont déjà tant de chances d'être adénoïdiens, que l'adénoïdisme simultané du père et de la mère ne me paraît pas doubler les risques pour l'enfant. D'ailleurs l'adénoïdisme n'est pas tout dans la scrofule. C'en est un des facteurs pathogéniques les plus importants et en tout cas le plus caractéristique. Il n'est pas plus une cause suffisante d'infection scrofuleuse que la scarlatine n'est une cause suffisante de néphrite. La notion de polyétologie est applicable à la scrofule comme à toute autre maladie infectieuse. Cependant la surdi-mutité qui paraît fréquente chez les enfants issus de mariages consanguins, tient peut-être à ce que les parents sont l'un et l'autre adénoïdiens. Une fois le mariage consommé, que les parents soient adénoïdiens ou non, il sera utile de les rendre eux-mêmes aussi robustes que possible, pour que leurs enfants héritent de leur vigueur. Aussi le médecin devra-t-il conseiller aux débiles, aux alcooliques, aux chlorotiques, etc., un traitement approprié à leur état.

Lorsque l'enfant est né, surtout s'il a une hérédité dangereuse, ou s'il est originellement débile, pour être venu avant terme par exemple, le médecin devra s'efforcer de le rendre aussi vigoureux que possible. C'est là presque une naïveté. On insistera pour que les logements soient spacieux, propres et aérés, que l'alimentation soit saine et réparatrice. « Le choix d'une bonne nourrice, la surveillance attentive de l'allaitement artificiel et plus tard de l'alimentation, ainsi que de toutes les précautions hygiéniques si nécessaires à l'enfant, auront une efficacité très grande dans la prophylaxie de la scrofule », dit de Gennes, et il ajoute : « Mais que de fois ces conseils ne sont pas suivis ; que de fois aussi, malgré toutes les précautions prises, la scrofule survient. » Cela prouve que la question de terrain n'est pas tout dans la scrofule ; elle a son rôle, évidemment, et joue sa

partie dans le concert polyétiologique. Mais comme cette question intervient à propos de toute maladie microbienne, elle n'a rien de spécial à la scrofule.

Les règles que nous venons d'indiquer sont presque exclusivement hygiéniques et prophylactiques. Elles visent tous les enfants en général, avant même qu'ils aient eu des manifestations scrofuleuses. Quand ces manifestations apparaissent, aux mesures hygiéniques devra se joindre une thérapeutique véritable.

Avant que les accidents sérieux apparaissent, les enfant passent souvent par un stade préalable dénommé *lymphatisme*. J'ai cherché à montrer que sous ce nom on avait rangé des états divers qu'il faut s'efforcer de discerner. Sans doute, ils ont tous ce trait commun, d'être des états de moindre résistance ; mais la débilitation qu'ils révèlent peut avoir des causes différentes, souvent complexes, comportant des indications un peu particulières.

Il est un premier état, celui des lymphatiques bouffis dont la pathogénie n'est pas nettement établie. Il est en relation très fréquente avec l'adénoïdisme. Presque tous les enfants de ce type ont des adénoïdes. Malgré la coloration parfois rosée, ou même franchement rouge de leurs joues, ils sont généralement anémiques. Les filles de ce tempérament prennent souvent au moment de la puberté, le type des chlorotiques florides. On invoque pour expliquer cet état, une circulation sanguine ralentie ou une stagnation de la lymphe. Peut-être aussi cette obésité, vraie ou fausse est-elle l'indice d'un ralentissement de la nutrition? En tous cas ces sujets sont mous en général, indolents. Il me paraît très utile de les stimuler par tous les moyens. Les plus importants me paraissent être la vie au grand air, l'exercice, la gymnastique, les ascensions de montagne, les frictions au gant de crin, les lotions alcooliques ou à l'eau salée, l'hydrothérapie, les douches, les bains de mer, plus volontiers sur les plages du nord de la France. Comme traitement médicamenteux, l'iode et les iodures me paraissent préférables à l'huile de foie de morue.

Les autres variétés de lymphatisme me paraissent devoir être attribuées aux mécanismes principaux suivants : l'anémie, la dyspepsie, la subinfection. Il est possible que l'on en démêle encore d'autres.

L'*anémie* peut, elle-même, dépendre de causes autres : elle peut être la conséquence de la dyspepsie ou de la subinfection. Elle peut résulter d'une faiblesse originelle ou héréditaire. Enfin il faudra vérifier si l'anoxémie ne tient pas à l'insuffisance nasale, à la dyspnée et à l'insomnie qui en résulte. Dans ce cas, l'ablation des adénoïdes devra être la préface de tout autre traitement. Lorsque l'on aura combattu les causes de l'anémie, on s'attaquera à celle-ci. C'est le fer surtout qui sera indiqué comme médicament. L'hygiène comportera, comme précédemment, la vie en plein air ; mais les exercices, au moins au début, devront être prescrits de façon modérée. Hayem a montré que les chlorotiques ne pouvaient faire les frais d'une grande dépense d'énergie. La fatigue est une cause de destruction globulaire. Dans les cas d'anémie grave, le repos au lit est souvent indispensable. Au lieu de marche, il sera préférable parfois de recommander des promenades en voiture découverte. Le séjour sur les plages du midi de la France, au besoin au voisinage des forêts de pins, sera particulièrement recommandé en cas d'anémie grave et rebelle. Dans les cas d'anémie légère, les prescriptions seront moins absolues.

Il est très important, chez un enfant considéré comme lymphatique, de s'occuper de ses fonctions digestives, Les *dyspepsies* et, en particulier, la dilatation de l'estomac, sont une cause fréquente d'une de ces anémies infantiles que l'on englobe sous le nom de lymphatisme. Cette dyspepsie reconnue, il faudra remonter à sa cause. Ce peut être parfois une simple erreur de régime. Les enfants mangent souvent gloutonnement, rapidement, sans mâcher, ils ne savent pas toujours s'arrêter lorsque leur appétit est satisfait. Ils

boivent parfois de façon exagérée, on les laisse souvent prendre des friandises dans l'intervalle des repas. Aux repas, ils peuvent avoir un régime trop chargé de viande, ce qui amène la constipation. Le médecin devra donc réformer cette hygiène alimentaire défectueuse. D'autres enfants, malgré le régime le mieux dirigé, ont de la dyspepsie. En s'informant, on se rend compte qu'elle est souvent d'ancienne date. La dyspepsie paraît souvent être une conséquence de gastro-entérites du tout premier âge. Peut-être même existe-t-il des dyspepsies héréditaires. Certains troubles chimiques de la nutrition amènent probablement des perversions de la sécrétion ou de la motilité gastrique et se transmettent peut-être des parents aux enfants. Enfin, il est un fait qu'il faut vérifier, c'est si la dyspepsie n'est pas la conséquence des adénoïdes. Le fait est connu d'ancienne date. Aviragnet vient d'y insister à nouveau et a montré par des observations très intéressantes que, chez les enfants, des dyspepsies rebelles à tout traitement avaient guéri à la suite de l'ablation des végétations pharyngiennes. En cas de dyspepsie, il est généralement préférable de s'abstenir de médicaments bien actifs. Le fer et l'iode sont souvent mal tolérés et peuvent provoquer de la gastralgie. Les huiles, même l'huile de foie de morue, sont souvent mal digérées, donnent de l'écœurement, de la diarrhée. Le mieux est d'obtenir d'abord l'amélioration des fonctions gastriques par une hygiène alimentaire convenable. On y pourra joindre l'emploi des amers en cas d'inappétence. Les tisanes de houblon, de gentiane, la macération de quassia, le vin de quinquina pourront rendre des services. Dans le cas où le vin est contreindiqué par l'état de l'estomac, on peut, à l'exemple de Potain, faire prendre aux enfants, à chaque repas, un verre à liqueur de la solution suivante :

Extrait fluide de quinquina.....	45 grammes
Glycérine neutre.....	100 —
Eau, q. s. pour.....	1000 cc.

On activera l'évacuation gastrique en faisant prendre, deux heures après le repas, un demi-verre d'eau de Vichy ou de Vals. En cas de constipation, je me contente ordinairement de faire prendre aux enfants, dans la nuit, deux heures au moins après le dîner, une pastille de magnésie du Codex. Chez les nourrissons, un quart de pastille est souvent une dose suffisante. Si l'on a peur que les bébés s'étranglent avec ce fragment de pastille, on le fait dissoudre dans un peu de lait.

Le plus important des états lymphatiques est, à mon avis, celui qui dépend d'une *subinfection* chronique avec association probable de phénomènes d'intoxication microbienne. La caractéristique de cet état est, pour moi, l'existence des petites glandes angulo-maxillaires que l'on désigne parfois sous le nom de glandes de croissance, et que je préférerais appeler pléiade adénoïdienne. Il peut exister des phénomènes d'infection et de toxi-infection sans que les ganglions paraissent malades, cependant leur hypertrophie, même minime, me paraissent l'indice indubitable d'une infection, généralement à porte d'entrée adénoïdienne. Le traitement devra consister dans la désinfection des cavités faciales, dans l'ablation des adénoïdes si, par leur volume, elles sont une cause de gêne et enfin dans l'emploi de tous les moyens propres à accroître la résistance du terrain. On mettra autant que possible l'enfant au grand air, on l'enverra au bord de la mer. On lui fera prendre de l'huile de foie de morue, des préparations iodées, de l'arsenic, des glycérophosphates. Pour de Gennes les médicaments vraiment spécifiques sont l'huile de foie de morue et l'iodure de fer.

Cette infection chronique, d'abord latente et septicémique, peut devenir plus grave et plus intense. Elle peut avoir pour agent le bacille de Koch. Ce sont alors des accidents

tuberculeux qui se produisent. Que la *tuberculose* ait eu pour porte d'entrée la peau, les muqueuses de la grotte faciale, le poumon ou l'intestin, les moyens thérapeutiques chargés de renforcer la résistance du milieu sont sensiblement les mêmes. Tout au plus y a-t-il lieu d'apporter, suivant les cas, certaines modifications au traitement. Mais avant d'indiquer les principaux agents dont nous disposons, il est une recommandation que je dois faire, c'est de ne pas négliger le traitement local des divers accidents tuberculeux s'ils sont facilement abordables. J'ai déjà fait connaître le traitement local, applicable à chacun d'eux, je n'y reviens pas. Ce que je veux dire seulement, c'est qu'il ne faut pas trop compter sur un traitement hygiénique ou médicamenteux exclusif pour en amener la guérison ; sans doute ce traitement peut suffire dans quelques cas, mais il est plus sûr de détruire d'abord le foyer tuberculeux, si cela est possible.

Le meilleur moyen de rendre le terrain réfractaire aux infections, bacillaires ou autres, comprises dans le cadre de la scrofule, serait l'emploi de sérums appropriés : sérum antistreptococcique ou antistaphylococcique, tuberculine. Si l'on a déjà obtenu quelques résultats encourageants dans cette voie, nous ne sommes pas encore en possession de vaccins ou d'antitoxines à effets certains et constants. Koch a essayé de substituer à sa première lymphe une nouvelle tuberculine TR qui, si elle est moins dangereuse que l'ancienne, ne paraît pas beaucoup plus efficace. Quand à l'oxytuberculine de Hirschfelder, elle n'a pas encore fait ses preuves de façon convainquante.

L'*huile de foie de morue* reste encore le médicament classique des états lymphatiques, scrofuleux et tuberculeux. Pour obtenir des résultats appréciables, l'huile doit être donnée à haute dose, ce n'est pas une à deux cuillerées qu'il faut prescrire, c'est à six ou huit qu'il faut arriver. Mais pour faire tolérer ces doses, il faut aller progressivement sous peine de provoquer de la diarrhée. On commencera par une cuillerée le matin, puis on augmentera d'une cuillerée tous les deux ou trois jours jusqu'à ce que l'on ait atteint le chiffre que l'on s'est proposé. Il est préférable de ne pas faire prendre en bloc la dose totale, mais de la répartir entre les divers repas. L'huile n'est contreindiquée que lorsqu'elle ôte l'appétit. En général, les enfants n'acceptent pas trop mal l'huile de foie de morue. Suivant une remarque très juste de Grancher, ce sont les parents qui leur en suggèrent généralement le dégoût. Quand on prescrit ce médicament, ceux-ci font la grimace et se récrient disant que l'enfant ne parviendra jamais à le prendre. L'enfant, ainsi mis en garde, n'est disposé ni à trouver l'huile à son goût, ni à faire l'effort nécessaire pour s'y habituer. Il est très important de recommander aux parents de ne faire aucune mimique, de ne prononcer aucun mot, capables d'inspirer aux enfants la moindre prévention contre l'huile de foie de morue.

L'*iode* est un des meilleurs médicaments des accidents scrofuleux. On doit être prévenu cependant qu'il peut présenter des dangers dans les cas de tuberculoses pulmonaires. Il provoque en effet des poussées congestives aboutissant à l'hémoptysie. Il contribue ainsi parfois à révéler des lésions douteuses ou insoupçonnées. Dans les cas de lupus parfois il exagère aussi la congestion des placards éruptifs. Par contre, il paraît avoir une action résolutive sur les hypertrophies adénoïdiennes ou amygdaliennes, mais à une condition, c'est d'être employé en dehors des poussées aiguës. La solution de Lugol, le sirop de Parrot que j'ai déjà mentionnés, sont d'excellentes préparations. Le sirop de raifort iodé, les divers vins iodo-tanniques pourront être également prescrits avec avantage.

D'autres composés iodés peuvent être prescrits à l'intérieur, l'iodoforme, par exemple, auquel Verneuil attachait une grande importance. Chez l'adulte, je l'emploie souvent en pilules, associé avec le tannin.

Iodoforme	0 gr. 05
Tannin	0 gr. 10
Masse de cynoglosse	0 gr. 10

pour une pilule.

Une, deux ou trois avant chaque repas.

Dans la formule ci-dessus, je remplace parfois l'iodoforme, vraiment trop odorant par l'aristol ; on pourrait employer dans le même but d'autres composés iodés, le diiodoforme, le traumatol, etc.

Depuis longtemps le *phosphore* a été conseillé dans le traitement de la tuberculose et de la scrofule. On peut employer de l'huile phosphorée en frictions. Les recherches récentes de Robin, Gaube, Charrin, Guillemonat et Levaditi semblent indiquer une haute valeur aux phosphates. Le phosphate de chaux peut être pris en poudre par paquets de 1 gramme par exemple. C'est le biphosphate qui, des trois sels phosphoriques de chaux, est le plus assimilable. Pour avoir des préparations solubles, on a utilisé les chlorhydrophosphates, les lactophosphates et plus récemment les glycérophosphates. Aux phosphates de chaux, on peut associer les phosphates de soude. Les sels de potasse sont peut-être moins favorables. Dans le cas où les injections de sérum artificiel paraîtraient indiquées, il pourrait être utile d'introduire dans les formules classiques une certaine proportion de phosphate de soude.

L'*arsenic* est peut-être un des médicaments les plus actifs que nous possédions pour combattre la tuberculose. Il peut être employé chez les enfants, surtout à partir de dix ans, sous forme de liqueur de Fowler, ou de liqueur de Pearson. Le cacodylate de soude, récemment introduit dans la thérapeutique, est un composé organique, riche en arsenic, soluble dans l'eau. Peu toxique, il serait très facilement assimilable. A. Gautier préfère l'administrer en injections hypodermiques. La formule qu'il propose est la suivante :

Cacodylate de soude pur	6 gr. 40
Alcool phéniqué	X gouttes
Eau distillée	100 cc.

porter un instant à l'ébullition, rétablir les 100 cc. et verser dans un flacon stérilisé.

Chaque centimètre cube correspond à 0 gr. 05 d'acide cacodylique.

C'est la dose pour une journée. On fait les injections pendant une semaine, puis on laisse reposer le malade pendant le même temps.

L'acide cacodylique peut être prescrit à la dose de 0 gr. 20 par la voie buccale. Comme il a un goût désagréable, Danlos conseille de le faire prendre en pilules ou dans la potion suivante :

Acide cacodylique neutralisé	2 grammes
Rhum	àà 20 —
Sirop de sucre	
Eau distillée	60 —
Essence de menthe	I ou II gouttes

une cuillerée à café représente 0 gr. 10 d'acide cacodylique.

Rousseau Saint-Philippe a récemment attiré l'attention sur l'iodure d'arsenic, qui combine en un seul corps, deux des plus importants médicaments de la scrofule.

De l'arsenic on peut rapprocher les *vanadates*, dont l'emploi médical est tout récent. Ils jouent un rôle d'oxydants énergiques et activent par suite la nutrition. Lyonnet, Martz et Martin le conseillent avant les repas, à la dose de 4 à 5 milligrammes en vingt

quatre heures, sous forme d'une solution aqueuse de métavanadate de soude. Il leur paraît préférable de ne donner cette substance que trois jours par semaine. Laran pense plus prudent de ne pas dépasser un milligramme.

Il y a plusieurs années déjà, Landerer a préconisé l'emploi du baume de Pérou, dans le traitement des divers tuberculoses. C'est l'acide cinnamique qui paraît être l'agent actif de ce médicament. On peut le prescrire actuellement sous forme de cinnamate. Il peut être injecté dans les veines ou dans les muscles. La dose au début sera de 1 milligramme, on l'élévera progressivement jusqu'au 25 milligrammes.

La créosote, recommandée par Bouchard dans la tuberculose pulmonaire pourra être également utilisée dans les cas de scrofules tuberculeuses.

Je m'arrête, je ne puis avoir la prétention de passer en revue tous les médicaments proposés pour le traitement de la tuberculose.

Le *régime alimentaire* a son importance dans le traitement des accidents scrofulo-tuberculeux. D'une façon générale, l'alimentation carnée est conseillée ; pourtant C. Paul et Rodet ne veulent pas qu'on exagère la proportion des viandes, surtout chez les jeunes enfants. Ce n'est qu'à partir de deux ans que ces auteurs les admettent dans l'alimentation. Les œufs, le poisson, le fromage, les cervelles et surtout les graisses sont particulièrement utiles aux enfants lymphatiques. Les céréales riches en phosphates ont également leur utilité, le pain grillé, les pâtes alimentaires seront recommandés. Les farineux riches en légumine comme les haricots, pois, lentilles, châtaignes, seront donnés surtout sous forme de purée. Les pommes de terre sont également un aliment de facile digestion. Il sera utile de forcer un peu la quantité de sel que l'on introduira dans les aliments.

Je crois utile de donner quelques indications sur les ressources que peuvent fournir l'*hydrologie* et la *climatologie* dans la thérapeutique de la scrofule. Ces questions ont été bien étudiées par C. Paul et Rodet, dans leur livre sur le *traitement du lymphatisme* et par Josias, dans son article lymphatisme du *Traité de Thérapeutique appliquée* de A. Robin.

Certains accidents de la scrofule comportent à ce point de vue quelques indications spéciales. Il est important en effet, de ne pas envoyer des malades dans une station qui n'a pas l'outillage nécessaire à leur traitement.

Les sujets atteints d'affections cutanées (engelure, érythème induré, acné, eczéma impétigineux, lichen), seront envoyés de préférence à Bex, Louèche, Salies-de-Béarn, Salins, Barèges, Challes, Saint Gervais, Uriage, Aulus et la mer. Mais la mer est plutôt défavorable aux eczémateux, je la remplacerais pour eux par Sail-les-Bains.

Les tuberculoses de la peau, les ulcères scrofuleux, seront adressés à Barèges, Bourbonne, Dax, Salins.

Les stations particulièrement bien installées pour le traitement des maladies de la gorge et des adénoïdes sont : Barèges, Challes, Enghien, La Bourboule, Bex. On peut y joindre également Ax et Luchon où l'on pratique surtout le humage.

De même le traitement des affections nasales est effectué dans de bonnes conditions à la Bourboule, à Bex, Salies-de-Béarn, Barèges, Cauterets, Challes, Enghien, Uriage, Saint-Christau, Saint-Alban. On peut également envoyer les malades à Briscous-Biarritz, Saint-Honoré et même à la mer.

Les stations indiquées pour le traitement des maladies de l'oreille, sont : Barèges, Cauterets, La Bourboule, Salies-de-Béarn, Uriage, Saint-Alban. Je rappelle que la mer est formellement contre-indiquée dans ces cas.

Pour les maladies des yeux, on conseillera Balaruc, La Bourboule, Lavey, Salies-de-

Béarn, Saxon, Barèges, Challes, Uriage, Saint-Christau, Saint-Alban. La mer peut être prescrite, mais n'est pas toujours très favorable.

Les sujets atteints d'affections bronchiques s'améliorent à Amélie-les-Bains, Pierre fonds, Saint-Honoré.

Les affections des organes génitaux seront adressés à Barèges, Salies-de-Béarn, Saint-Sauveur, Biarritz-Briscous.

Pour les engorgements ganglionnaires et les tuberculoses locales chirurgicales, les stations les plus utiles sont : Balaruc, Bex, Bourbon-l'Archambault, La Bourboule, Bourbonne, Dax, Lavey, Salies-de-Béarn, Saint-Nectaire, Saxon, Barèges, Cauterets, Challes, Uriage. La mer est particulièrement utile dans ces cas.

Comme traitement du lymphatisme en général, C. Paul et Rodet, recommandent :

Des eaux chlorurées sodiques. — Balaruc, Bex, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne, la Bourboule, Briscous-Biarritz, Dax, Maizières, la Mouillère-Besançon, la Motte, Saint-Nectaire, Salies-de-Béarn, Salies-de-Salat, Salins, Salins-Moutiers.

Des eaux chlorurées sulfurées. — Amélie-les-Bains, Barèges, Cauterets, Challes, Lavey, Luchon, Saint-Gervais, Uriage.

Des eaux de nature diverse. — Louèche, Saxon, Saint-Alban, Saint-Christau.

Comme eaux sulfureuses, Josias ajoute : Ax, Le Vernet, Olette, Allevard, Saint-Honoré, Euzet, Cambo, Enghien, Gréoulx.

La mer a une influence considérable dans le traitement du lymphatisme et de la scrofule. On enverra les lymphatiques torpides et bouffis sur les plages du nord de la France, les autres seront envoyées dans le midi, Josias conseille : Préfailles, les Sables-d'Olonne, Royan, Arcachon, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Menton.

Il existe des hôpitaux et sanatoria marins à Berck, Saint-Paul-sur-Mer, Ver-sur-Mer, Arcachon, Pen-Bron, Banyuls, Cette, Cannes, Hyères, Nice.

Lorsque, pour une raison ou une autre, la mer ne peut être conseillée, on peut utiliser la cure du climat. Il faut, dans ce cas, faire une différence entre les lymphatiques bouffis et mous et les lymphatiques maigres et nerveux.

Les lymphatiques gros serant envoyés soit dans des stations de moyenne altitude (700 à 1300 mètres) soit dans des pays chauds et secs. Les stations de moyenne altitude sont surtout en Suisse (les Avants, Belgarde, Charmey, les Colombettes, Leysin, Le Plan-de-Frenières, Saint-Cergues, Tarasp, Vallorbe, Villars, etc.) Il est regrettable que la France n'installe pas des stations analogues dans les Alpes de Savoie ou du Dauphiné. Les climats chauds et secs comprennent les villes de la côte d'azur (Hyère, Cannes, Nice, Menton), la Corse, l'Italie (Gènes, les lacs de Côme et Majeur, Florence, Naples) l'Espagne, (Valence, Alicante, Malaga, Séville), l'Algérie, l'Egypte, les Iles Madère.

Voici comment on peut répartir les diverses stations climatérique au du choix de la saison :

Septembre : Amélie, Arcachon, Bex, Biarritz, Meran, Montreux, Le Vernet, Vevey.

Octobre : Amélie. Arcachon, Meran, Pau, Le Vernet, Vevey.

Novembre-Février : Ajaccio, Alger, Le Caire, Cannes, Hyères, Madère, Menton, Meran, Nice, San-Remo, Venise.

Mars : Hyères, Menton, Meran, Mice, Pau.

Avril. Bex, Cannes, Hyères, Menton, Meran, Nice.

Les lymphatiques maigres et nerveux sont envoyés de préférence en Suisse, dans une zône d'altitude comprise entre 200 et 700 mètres : Aigle, Bex, Champel, Genève, Lauzanne, Lavey, Montreux, Morat, Neuchâtel, Ouchy. Ragatz, Rheinfelden, Saxon, Sion, Territet, Vevey.

En somme, on peut le voir, le traitement de la scrofule, comme je le comprends, ne supprime aucune des méthodes couramment admises. Il ajoute simplement quelques indications prophylactiques et thérapeutiques nouvelles. Parmi les accidents groupés sous la dénomination de scrofule, les plus importants et les plus graves sont de nature infectieuse. Les agents de cette infection peuvent être des microbes pyogènes ou le bacille de Koch, leur porte d'entrée, peut être la peau ou les cavités aériennes de la face. Par la propreté et une antisepsie légère de la peau, on arrive à supprimer les infections d'origine cutanée. Par la désinfection de la grotte faciale, on doit supprimer la seconde source de l'infection scrofuleuse, celle qui a pour origine les cavités rhinopharyngiennes. C'est la plus importante. Le médecin pourra laisser aux spécialistes, puisqu'ils sont outillés pour cela, le soin de faire dans ces cavités les interventions nécessaires. Pour lui, il doit conserver un rôle de première importance, un rôle de protection et de préservation. Il doit savoir reconnaître l'existence d'une lésion dans le nez ou le cavum, et sans avoir absolument besoin d'en faire un diagnostic précis, il doit empêcher que cette lésion devienne une source d'infection générale. Bouchard a montré l'importance de l'antisepsie médicale. La désinfection des fosses nasales est un des chapitres les plus importants de cette antisepsie médicale.

Bazin partait de ce principe que c'était la médecine générale qui devait fournir des enseignements aux pathologies spéciales. Il est au moins aussi vrai de dire que la médecine générale peut demander d'utiles enseignements aux spécialistes. Elle doit frapper à toutes les portes et prendre son bien où elle le trouve. Depuis que les maladies de la gorge, du nez, des oreilles, des yeux se sont spécialisées, la médecine générale s'en est un peu trop désintéressée. Le médecin doit être au courant de ce que font les spécialistes, même lorsqu'ils interviennent, il a un rôle à jouer à côté d'eux, et non des moins importants. Il doit collaborer avec eux et non abdiquer entre leurs mains. Mais pour cela, il faut qu'il connaisse, au moins dans leurs grandes lignes, toutes ces pathologies locales. Il ne doit rien ignorer de ce qui touche à la médecine et doit pouvoir dire lui aussi : *Nil humani a me alienum puto*.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 9 mai 1900*)

Présidence de M. SEVESTRE

M. Cautru donne lecture d'un travail intitulé : *Résultats de la médication par l'acide phosphorique dans la diathèse hypoacide.*

L'acidité urinaire a depuis longtemps fixé l'attention des physiologistes et des médecins, mais la thérapeutique n'a pu jusqu'ici tirer aucun parti précis des données recueillies par les chimistes et la pathologie a été souvent égarée par leurs conclusions.

M. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris, en retraite, a publié, en mars 1898, dans le *Moniteur scientifique Quesneville*, un travail dans lequel il démontre la cause de l'inexactitude des résultats obtenus jusqu'alors et indique un nouveau procédé de dosage, une nouvelle interprétation des résultats chimiques obtenus ; méthode décrite de nouveau, d'une façon très complète, dans le *Bulletin général de thérapeutique* de mars et avril 1899.

Pour des raisons que l'on trouvera dans ce travail, M. Joulie a été amené à admettre que l'acidité de l'urine du matin, de celle qui est la moins influencée par les repas, est comprise entre 4 et 5 0/0 de l'excédent de densité de l'urine sur l'eau et que la richesse normale en acide phosphorique devait être comprise entre 11, et 11,5 0/0 de ce même excédent. Tout sujet dont l'urine donne un rapport inférieur à 4 est en état d'*hypoacidité* ; si ce rapport est supérieur à 5 il y a *hyperacidité*. Il y a également hypophosphatie ou hyperphosphatie suivant que le rapport de l'acide phosphorique total est inférieur à 11.50. L'auteur a, dans un grand nombre de cas, comparé les résultats obtenus par cette méthode avec ceux que l'on obtient par les méthodes ordinaires d'analyse d'urine des 24 heures. Les résultats étaient très souvent contradictoires, mais la thérapeutique employée a toujours donné raison à la méthode de M. Joulie et ceci se comprend, l'acidité de l'urine des vingt-quatre heures étant modifiée forcément par les fermentations secondaires, acides ou ammoniacales, altérée par la température extérieure, par l'influence de l'alimentation et des boissons.

C'est ainsi, par exemple, qu'il a pu remarquer qu'un grand nombre d'arthritiques, rhumatisants, eczémateux, diabétiques, neurasthéniques étaient, contrairement aux idées admises jusqu'alors, des hypoacides.

L'hyperacidité dont quelques-uns sont réellement atteints a toujours pour cause, une dyspep

sie par fermentation, formant dans l'estomac des acides organiques qui, passés dans le sang, en augmentent l'acidité. On verra dans le travail de M. Joulie, comment il démontre que le sang est en réalité acide et non pas alcalin. On ne comprendrait pas d'ailleurs qu'un liquide alcalin puisse, filtré au niveau du rein, devenir tout d'un coup acide dans la vessie. L'emploi pendant quelques jours, du carbonate de chaux ou de magnésie après les repas, a vite raison de cet excès d'acidité et souvent on s'aperçoit, en faisant une nouvelle analyse, que le sujet est en réalité en état d'hypoacidité plus ou moins intense et que c'est la médication acide qu'il faut employer et non pas la médication alcaline.

L'hypoacidité est tellement fréquente que, sur trois cents analyses d'urine environ, l'auteur n'a rencontré qu'une dizaine d'hyperacides permanents. Comment combattre cette hypoacidité et ses conséquences ?

L'acide qui paraît le mieux réussir et c'est celui que préconise M. Joulie qui l'a essayé sur lui-même à des doses qui paraissent, au premier abord, très élevées, est l'acide phosphorique employé à la dose de 10 à 100 gouttes par vingt-quatre heures sous forme d'acide phosphorique officinal à 42 0/0. C'est cette méthode qne l'auteur a employée chez tous ses malades, et il a remarqué que d'une façon genérale, il est très bien supporté pendant des mois et des années. Seuls les malades atteints de gastrites éprouvent des brûlures d'estomac, quelquefois de la diarrhée ; dans quelques cas, rares d'ailleurs, l'auteur a dû renoncer à son emploi. Les effets se font rapidement sentir chez certains malades dont l'hypoacidité est récente ou seulement d'origine nerveuse ; chez d'autres malades, ils se font attendre plus longtemps. L'auteur suit, depuis 2 ans 1/2, des rhumatisants, des eczémateux, etc., qui ne maintiennent leur acidité voisine de la normale, et leur état général satisfaisant, que par l'emploi continu de cette médication. Les doses, que l'on est quelquefois obligé d'employer sont en droit de surprendre, étant contraires à toutes les données classiques, connues jusqu'alors. C'est ainsi qu'on peut employer, en surveillant l'état des urines, bien entendu, jusqu'à 5 grammes par vingt-quatre heures et peut-être plus encore, mais l'auteur n'a pas eu l'occasion de l'expérimenter, d'acide phosphorique anhydre, et cela pendant des semaines, sans aucun inconvénient.

L'hypoacidité se manifeste de différentes façons, amenant un cortège de symptômes quelquefois très différent d'un malade à l'autre et constituant cette diathèse protéiforme qu'on est convenu d'appeler l'arthritisme. C'est ainsi qu'on la rencontre chez l'eczémateux qui, trop souvent, entretient son affection par l'usage spontané ou conseillé de sels alcalins solubles, chez le furonculeux, dont l'amélioration, par la levure de bière, soit dit en passant, est probablement due à la richesse en phosphore de ce ferment; chez un grand nombre de diabétiques, chez les vieux rhumatisants chroniques et les goutteux qui ont pu être pour un certain nombre hyperacides pendant une période plus ou moins longue et sont devenus hypoacides dans la phase prémonitoire ou confirmée de la cachexie rhumatismale, chez la plupart des neurasthéniques, considérés bien trop souvent à tort, comme des hyperacides, leur hypoacidité urinaire coïncidant quelquefois avec une hyperchlorhydrie stomacale nerveuse et quelquefois entretenue par l'usage du bicarbonate de soude.

L'auteur s'est appliqué, depuis deux ans et demi, à rechercher l'état de l'acidité urinaire dans un certain nombre d'états morbides en dehors des états dits arthritiques; cette étude l'a amené à des constatations qui paraissent devoir être intéressantes au point de vue des applications thérapeutiques à en retirer pour le traitement de ces différentes maladies. C'est ainsi que la tuberculose, le cancer, s'accompagnent d'hypoacidité plus ou moins prononcée selon l'état de gravité de la maladie, et l'auteur a remarqué que l'état général des malades ne se relève rapidement que lorsque leur acidité urinaire se rapproche de la normale. La chloroanémie, l'albuminurie dite intermittente, sont dans le même cas, ainsi que le lymphatisme, le rachitisme, la neurasthénie par surmenage, en dehors de l'arthritisme. C'est ce qui explique d'ailleurs pourquoi les glycérophosphates n'agissent vraiment bien que lorsqu'ils sont acides, c'est-à-dire lorsqu'ils contiennent un excès d'acide phosphorique. L'intéressante observation de M. Dalché, d'amélioration d'un rhumatisme chronique, par l'usage de l'acide phosphorique, est en même temps venu confirmer les théories ci-dessus énoncées.

Certains états dits cachectiques en dehors de toute lésion organique et de toute médication

alcaline se produisant, la plupart du temps, chez des personnes d'un certain âge, ne sont que l'aboutissant d'une plus ou moins longue période d'hypoacidité urinaire méconnue et ayant pu, dans quelques cas, se manifester de temps à autre par un incident plus ou moins aigu et dont la cause restait cachée. Le système nerveux influence parfois, d'une façon très intense, l'acidité urinaire. Une émotion violente peut faire instantanément baisser l'acidité et même amener l'urine à être momentanément alcaline. Une série de chagrins produira un état d'hypoacidité favorable à l'invasion microbienne. Dans les convalescences de la grippe ou de la fièvre typhoïde, on trouve toujours un état d'hypoacidité plus ou moins prononcé : il en est de même chez les femmes enceintes, auxquelles on peut arriver à faire supporter beaucoup mieux leur grossesse en leur administrant l'acide phosphorique à hautes doses.

En résumé, la classification des états hypoacides comprendrait l'étude de la plus grande partie de la pathologie.

Les doses d'acide phosphorique que prescrit M. Cautru semblent très exagérées aux pharmaciens qui refusent en général d'exécuter ses ordonnances, mais son expérience personnelle lui a permis de reconnaître que la dose inoffensive limite monte à 120 gouttes par jour.

M. Dalché, en présence de la grande variété de malades améliorés par le traitement par l'acide phosphorique, croit qu'il faut chercher ailleurs que dans la modification des humeurs de l'organisme l'explication de l'action thérapeutique de ce remède.

M. Bardet ne préconise pas l'acide phosphorique comme un médicament destiné à combattre l'hyperchlorhydrie, il le donne, comme M. Cautru, pour relever l'acidité urinaire.

M. Cautru n'a trouvé, parmi tous les malades atteints de troubles gastriques, qu'ils fussent hyper ou hypochlorhydriques, hypopeptiques, etc., qu'une seule classe qui supporte mal l'acide phosphorique, ce sont les apeptiques par lésion de la muqueuse, chez lesquels la médication provoque des diarrhées. Il faut commencer par relever l'organisme de ces malades au moyen d'huile phosphorée ou d'injections de glycérophosphate ; ceci fait, ils supporteront aisément 4 à 5 cuillerées à café par jour de la mixture couramment prescrite par M. Cautru et contenant 68 grammes d'acide phosphorique pour un litre d'eau, à condition qu'on y ajoute 125 grammes de phosphate de soude destiné à masquer l'acidité.

M. Lépinois fait diverses observations d'ordre purement chimique au procédé de Joulie, dont les bases sont quelque peu arbitraires, Les contradictions d'ordre thérapeutique, relevées dans les observations de M. Cautru, sont peut-être dues indirectement à la méthode en question.

M. Robin ne voit pas de contradiction dans les résultats obtenus par M. Cautru : la médication chimique des affections gastriques, consistant à alcaliniser les hyperchlorhydriques et à acidifier les hypochlorhydriques a fait son temps. Les idées actuelles peuvent se résumer en ceci : chez les hyposthéniques gastriques, il faut chercher à réveiller la sécrétion si les glandes stomacales existent en quantité suffisante : le meilleur excitant est dans ce cas, la médication par les alcalins. En cas d'hypersthénie chlorhydrique, on donnera des acides faibles qui exerceront une action inhibitrice sur la sécrétion chlorhydrique exagérée. Si les glandes gastriques n'existent plus, on cherchera à obtenir des digestions artificielle, comme dans un vase inerte, au moyen de pepsine, de ferment lab, et on donnera un acide pour stimuler l'action peptonisante. Il est donc facile de s'expliquer que M. Cautru obtienne des résultats curatifs chez des malades fort différents à première vue : tout dépend de l'état de la muqueuse gastrique.

M. Cautru a constaté que chez tous ses malades, l'amélioration de l'état général marchait de pair avec le relèvement vers la normale de l'acidité urinaire : c'est là le fait qui domine la question.

M. Weber présente une note sur le traitemant des formes thoraciques de la grippe. Comme prophylactique, il préconise l'introduction, dans les narines d'une pommade contenant 0 gr. 05 de sublimé pour 25 grammes de vaseline *neutre*. La vaseline contient presque toujours un peu d'acide sulfurique et irrite la muqueuse nasale, Cette pommade détermine une exosmose marquée du mucus nasal qui oppose une barrière aux microbes nocifs. Si la grippe a envahi les autres organes respiratoires, il faut chercher de même à obtenir une hypersécrétion muqueuse. On y parviendra en faisant prendre au malade, toutes les 10 minutes une cuillerée à soupe d'une potion contenant 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de nitrate de pilocarpine qui provoquera une transpiration et une hypersécrétion muqueuse abondantes.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Les antipyrétiques chimiques, par F. A. Long, (*Gaillard's Medical Journal*, LXXII 1900). — L'auteur, après avoir rappelé la méthode de Brand dans la traitement de la fièvre, et fait observer la difficulté de l'appliquer dans certains cas, annonce qu'il a fréquemment employé avec succès l'acétanilide et d'autres antipyrétiques chimiques.

Selon lui, la transpiration excessive, la dépression cardiaque et l'affaiblissement que l'on attribue aux remèdes chimiques, peuvent être combattus de la même manière que les accidents du même genre observés au cours d'un traitement hydrothérapique.

L'auteur a employé les antipyrétiques internes pendant 8 à 10 ans sans observer de suites fâcheuses dues à leur emploi.

Dans la fièvre typhoïde chez l'adulte, lorsque la température s'élève le soir au delà de 39°, ce qui arrive généralement, on donne l'acétanilide suivant la taille et le tempérament du malade, en doses de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 toutes les heures de midi à minuit, période où la fièvre est plus intense; jusqu'à ce que la transpiration survienne ou que le corps se rafraîchisse sensiblement.

Si une dépression exagérée se montre, on donne au malade une tasse de thé ou de café très fort et on lui met une boule chaude aux pieds. L'auteur a eu rarement à appliquer ce procédé de stimulation, bien préférable aux alcooliques.

L'abaissement de la température et l'établissement d'une transpiration franche sont rapidement obtenus au moyen des antithermiques chimiques et amènent généralement la disparition de la migraine, du délire ou de l'affaissement. Le patient qui souffrait d'insomnie ou de délire s'endormira tranquillement et se réveillera rafraîchi.

Quelques médecins affirment avoir obtenu les meilleurs résultats par l'emploi de la phénacétine, cependant l'auteur préfère l'acétanilide dont il a éprouvé les bons effets.

Les antipyrétiques internes donnent des résultats presque aussi bienfaisants que ceux observés dans la méthode de Braud, il suffit de leur adjoindre du calomel par petites doses, ou d'autres cholagogues et laxatifs. Il est nécessaire de tenir les reins, le foie et les intestins en activité.

Les toxines typhiques sont éliminées en partie par les reins, elles peuvent être également éliminées en partie par la peau et c'est à la transpiration abondante qui survient à la suite de l'administration des antipyrétiques que ceux-ci doivent leur action bienfaisante. Les antipyrétiques internes calment et modèrent les symptômes nerveux et agissent en outre d'une façon plus ou moins marquée dans le même sens que les antiseptiques. Les propriétés antiseptiques de l'acétanilide et de la phénacétine sont bien établies et par cette action, ajoutée à l'action antipyrétique, ils enraient aussi les fermentations exagérées, cause principale de la tympanite et de la diarrhée; ils exercent même ainsi une influence favorable en cas d'ulcérations intestinales.

L'auteur est certain que la mortalité par la fièvre typhoïde, dans les cas où l'on a employé les antipyrétiques internes, est due non pas à la transpiration excessive, à la dépression cardiaque et à l'affaiblissement, mais aux causes d'insuccès que l'on enregistre avec toutes les autres méthodes de traitement: hémorragie, péritonite, etc. La durée de la maladie n'est pas augmentée par cette médication et en général les malades peuvent se lever au bout de quatre semaines ; les forces reviennent rapidement,

Dans toutes les affections fébriles on peut employer les antipyrétiques internes et en obtenir de bons résultats, sans danger pour le malade. Dans la pneumonie à haute température, accompagnée d'agitation et de respiration haletante on obtient un soulagement rapide avec une ou deux doses d'acétanilide ou de phénacétine. Il est nécessaire d'administrer des stimulants si l'on emploie les antipyrétiques contre la pneumonie, sauf toutefois dans la première période de la maladie.

L'acétanilide est la meilleure drogue à donner aux enfants pour éviter le retour des convulsions dues à la fièvre; il faut avoir soin de commencer par administrer un purgatif. Dans le rhumatisme inflammatoire, l'acétanilide et la phénacétine peuvent être données en même temps que le salicylate de soude, l'effet analgésique marchera de pair avec l'effet antithermique. Les meilleurs résultats enregistrés par l'auteur dans le rhumatisme inflammatoire ont été obtenus avec la préparation suivante:

Acétanilide	0 gr. 15
Salicylate de soude	0 gr. 15
Caféine	0 gr. 01
Podophylline	0 gr. 005

On donnera un cachet semblable, toutes les heures jusqu'à ce que la température soit abaissée et la douleur disparue, et ensuite deux cachets toutes les 3 heures pendant plusieurs jours après la disparition des douleurs.

E. Vogt.

Traitement specifique de la fièvre typhoïde, par D.-D. Miller (*Merck's Archives*, janvier 1900). — L'auteur, en dehors des précautions hygiéniques et diététiques ainsi que du traitement hydrothérapique classique recommande comme prescription interne, l'emploi de la teinture d'iode et de l'acide phénique d'après la formule suivante :

Teinture d'iode Acide phénique	àà X gouttes
Eau distillée Sirop	àà 60 grammes

Une cuillère à thé dans un peu d'eau froide toutes les deux heures (adultes).

Par ce mode d'administration, le patient, sous une forme agréable au goût, absorbe environ le tiers d'une goutte de chaque médicament, par cuillerée de potion et les intervalles sont réglés de manière à obtenir le maximum d'action thérapeutique. La fièvre décline rapidement, les selles, moins fréquentes, changent de caractère, la transpiration se modifie, l'agitation disparait, et le malade apaisé s'endort tranquillement. Dans certains cas, les résultats ont été tout à fait remarquables.

L'auteur a employé cette méthode pendant dix ans, sans avoir jamais enregistré un seul insuccès ; sur 500 cas traités, les deux seuls décès survenus pendant le traitement sont dus à des lésions organiques tout à fait indépendantes de la maladie infectieuse.

E. Vogt.

L'euquinine dans le traitement de la malaria et sa valeur thérapeutique en cas d'idiosyncrasie vis-à-vis des sels quiniques, par Montoro de Francesco (*Deutsche medic. Zeitung*, 5 avril 1900). — L'auteur a soigné à Cosenza, par l'euquinine 77 cas de malaria, dont 12 de fièvre subcontinue, 44 de fièvre tierce, 14 de fièvre quarte et 7 d'intermittente larvée. Les doses ont varié, suivant l'âge et la constitution des malades de 0,75 gr. à 2 gr. par jour.

L'action de l'euquinine n'est pas toujours instantanée: il arrive parfois que plusieurs jours de traitement sont nécessaires pour juguler l'attaque de fièvre, mais on obtient toujours dès le début des abaissements notables de température.

Dans trois cas, le résultat fut négatif ; il est vrai que les injections hypodermiques de bichlorhydate de quinine avaient échoué de même.

Les cas les plus résistants à l'euquinine sont ceux de fièvre quotidienne et subcontinue ; on est parfois obligé de donner jusqu'à 12 grammes en tout avant d'obtenir la guérison. Le médicament a été administré à divers moments de l'accès, en cachets ou en suspension dans de l'eau ou du lait : il n'a jamais provoqué de troubles accessoires, même à la dose de 2 gr. par jour. Une seule malade, appartenant à une famille dont les membres supportent tous très mal la quinine, présenta, après ingestion de la seconde dose, des troubles stomacaux, des vomissements, des bourdonnements d'oreilles, etc. Mais les accidents dus à l'euquinine présentant, d'après Conti, la particularité de disparaître, quand on continue imperturbablement la médication, l'auteur ne suspendit pas le traitement et la troisième dose ne provoqua aucune aggravation des symptômes ; à la quatrième dose, tout était rentré dans l'ordre, à l'exception d'un léger bourdonnement d'oreilles.

L'euquinine est surtout remarquable par ses effets antinévralgiques dans les cas de paludisme larvé (7 cas). Les sels quiniques étaient restés inefficaces, à l'exception du bichlorhydrate en injections, qui avait procuré un soulagement momentané. L'euquinine continuée pendant six jours débarrassa définitivement les malades de leurs névralgies.

L'enquinine n'étant absolument pas amère, peut être donnée aux enfants sans difficulté. D'un autre côté, elle se prête à l'administration

à des malades présentant de l'idiosyncrasie vis-à-vis des sels quiniques, car elle ne produit dans ces cas que des troubles fort atténués. Les exanthèmes quiniques sont remplacés par un léger prurit p. ex. Les accidents du côté du système nerveux qui peuvent aller chez les sujets de cette catégorie jusqu'à des troubles cérébraux inquiétants, ne se sont pas présentés avec l'euquinine. En résumé, le produit nouveau mérite toute l'attention des praticiens exerçant leur art dans les pays à malaria.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Indications de la diminution de l'ingestion des liquides dans le traitement de l'obésité (*Deutsche med. Zeitung*, 12 avril 1900). — Le Pr Von Noorden ne s'explique pas pourquoi la diminution de l'apport des liquides (méthode Œrtel-Schweninger), a si rapidement passé à l'état de dogme dans le traitement de l'obésité, car elle est loin de s'appliquer à tous les cas.

Œrtel, en publiant, en 1884, ses observations concernant l'amaigrissement obtenu par la seule diminution des liquides ingérés, n'a pas cherché à expliquer ses résultats, il s'est contenté de les enregistrer. On sait aujourd'hui que cette perte de poids peut être la conséquence de deux processus entièrement différents.

En premier lieu, la limitation de l'apport de liquides provoque un épaississement des humeurs et une perte de poids qui peut atteindre 4 à 5 kilos en cinq ou six jours ; ce résultat s'observe chez tous les individus, obèses ou non, soumis à ce régime, et n'intéresse pas le tissu adipeux, au moins au début. Mais il est constant d'autre part, qu'en continuant le traitement, le sujet finit souvent par perdre même du tissu adipeux, aussi faut-il se demander, si dans ce cas on se trouve en présence d'une suractivité des phénomènes d'oxydation due à la deshydratation de l'organisme.

Cette interprétation a été adoptée par les inventeurs de la méthode. Le rétrécissement des vaisseaux du tissu adipeux, obtenu par la diminution de l'apport des liquides, provoquerait une anémie et un trouble de nutrition préjudiciable à ce tissu. La graisse reprise par la circulation, serait brûlée, en grande partie, par suite du relèvement de l'activité musculaire.

Cette série d'hypothèses manque de base physiologique. Les expériences instituées dans ce domaine ont démontré que la limitation d'apport des liquides, active l'élimination des substances azotées, mais n'active pas l'oxydation des corps gras.

On sait que Schweninger a adopté une modification de la méthode d'Œrtel ; il recommande de boire *entre les repas seulement*, sous prétexte que le régime sec sollicite la sécrétion de liquides intraorganiques ; une partie de ces liquides serait fournie par la décomposition de la graisse. Ce dernier processus serait terminé une heure environ après les repas : passé ce moment, l'ingestion des liquides n'aurait plus d'inconvénients. Cette hypothèse est encore moins acceptable que celle d'Œrtel, aussi Von Noorden propose-t-il une interprétation des faits plus conforme aux lois de la physiologie, pour arriver à des indications thérapeutiques précises.

La limitation de l'apport des liquides exerce, chez certains malades atteints d'affections cardio-vasculaires, une action tonique sur la fibre cardiaque, dont elle diminue le travail ; cette limitation rendra donc des services chez les nombreux obèses qui présentent des troubles circulatoires. Si ces troubles font défaut, il est absolument inutile de limiter l'apport de liquides. Il faut par conséquent, avant d'instituer une cure, examiner soigneusement chaque obèse à ce point de vue.

La limitation de l'apport des liquides exerce en second lieu une influence dépressive sur l'assimilation : le sujet est beaucoup plus vite rassasié. Mais ce phénomène ne s'observe pas dans tous les cas ; beaucoup d'obèses conservent leur appétit lorsqu'on les soumet au régime sec ; d'autres, après une perte d'appétit qui durera un mois environ, s'habitueront à leur régime et recommenceront à assimiler avec énergie une fois cette période initiale passée.

La méthode d'Œrtel-Schweninger présente d'un autre côté, une grande valeur au point de vue de la suggestion. Le sujet constate dès les premiers jours une diminution de poids notable ; il ne se demande pas aux dépens de quelle partie de son organisme cette diminution est obtenue et se prête docilement à toutes les prescriptions ultérieures.

En résumé, l'influence de la méthode Œrtel-Schweninger sur le tissu adipeux est indirecte, et ne s'exerce que dans les conditions suivantes :

1° Existence de troubles circulatoires que la diminution de l'apport des liquides fait disparaître ;

2° Diminution de l'assimilation des aliments susceptibles de former de la graisse, par perte de l'appétit.

Dans tous les autres cas, la méthode constitue un supplice inutile.

E. Vogt

Traitement de l'obésité (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 avril 1900). — Il faut avant tout, d'après Ebstein, distinguer entre l'amaigrissement et la perte de tissu adipeux. Les préparations de corps thyroïde, par exemple, produisent l'amaigrissement, c'est-à-dire que la diminution de poids se fait non seulement aux dépens de la graisse, mais encore aux dépens des albuminoïdes.

C'est donc à obtenir la diminution du tissu adipeux seul que doit tendre l'effort thérapeutique.

Les cures de Banting et Cantani, outre qu'elles sont loin de convenir à tous les obèses, ont le grand inconvénient de ne pouvoir être indéfiniment suivies. Mieux vaut conserver dans l'alimentation les trois groupes principaux (albuminoïdes, graisses, hydrocarbures), et les combiner d'une façon rationnelle. Ehstein autorise 60 à 100 grammes de graisse (beurre de préférence), par jour : la graisse nécessaire à la préparation des aliments est comprise dans ce chiffre.

On arrive à restreindre la quantité d'hydrocarbures sans que l'obèse, que cette restriction affecte fort d'ordinaire, n'émette d'objection, de la façon suivante : on lui prescrit du *pain d'aleuronate* qui contient de 25 à 30 0/0 d'albuminoïdes. L'aleuronate est préparé avec du gluten de froment ; dans ces derniers temps on est parvenu en outre à fabriquer un pain analogue, à base d'albumine de riz, l'*ergon*, qui est moins cher et plus agréable au goût.

Il faut, en outre, chercher à provoquer l'élimination de l'excès de liquide contenu dans l'organisme, et à empêcher ensuite la rétention exagérée des liquides introduits par l'alimentation. On y est parvenu de tout temps (depuis Pline l'Ancien du moins), en favorisant la transpiration et supprimant une partie des boissons.

L'inconvénient capital de la diminution des boissons, réside dans l'influence dépressive que cette pratique exerce sur le système nerveux.

Il faut surveiller les enfants des obèses dès l'adolescence, et s'ils présentent une tendance à l'embonpoint, les soumettre à un entraînement musculaire continu, à un régime sévère : on sait par exemple que, dans les familles atteintes de polysarcie, la tendance à absorber les pâtisseries en grande quantité est presque toujours observée.

Chez l'obèse anémique avec troubles cardiaques, la difficulté d'instituer un traitement par les exercices musculaires et une diète sévère est très grande ; il ne faut jamais chercher à dépasser une diminution de poids de plus de 500 grammes par semaine.

Les règles générales s'appliquant à tous les obèses, sont les suivantes : jamais plus de trois repas par jour, manger lentement et s'arrêter aussitôt que la satiété se fait sentir. Les malades apprennent bientôt à discerner le moment précis où ils doivent cesser de manger. Il ne faut jamais permettre à l'obèse de dormir après le repas, ou de rester au lit éveillé. Comme boissons alcooliques, on ne permettra qu'un peu de vin léger pauvre en alcool. L'interdiction des liquides au repas constitue un errement grave qu'il faut éviter. Le malade ne doit pas se sentir affamé au cours du traitement.

Une alimentation rationnelle se composera de : *premier déjeuner*, 250 grammes de thé sans lait ni sucre, 50 grammes de pain beurré. *Midi*, potage 120 à 180 grammes de viande rôtie ou bouillie avec sauce grasse, légumes, salade, fruits cuits sans sucre, pas de carottes ni de pommes de terre, vin blanc léger (2 à 3 verres). *Soir*, thé, 1 œuf, jambon ou rôti, poisson fumé, pain 30 grammes avec beaucoup de beurre, peu de fromage, fruits. On obtient ainsi environ 1.300 calories.

L'auteur rejette absolument toute espèce de traitement thermal de l'obésité, car il lui semble démontré surabondamment que les malades ne considèrent ces cures que comme une sorte de purgatoire, destiné à laver tous les péchés commis en alimentation; et permettant de recommencer les excès passés jusqu'à la saison thermale suivante.

L'absorption exagérée d'acides, fréquemment pratiquée chez les jeunes filles offrant une tendance à l'embonpoint, représente une pratique condamnable; c'est au détriment de l'intégrité du tube digestif que l'amaigrissement est obtenu.

E. Vogt.

Troubles de la fonction thyroïdienne après un rhumatisme. Traitement par Marfan (*Journal de médecine interne*, 1er avril 1900). — Un enfant de 14 ans, pris en mars 1898, d'un rhumatisme généralisé avec atteinte des muscles du cou guérit de son attaque, sans lésion cardiaque. Il ne lui restait qu'une marche douloureuse à cause d'un pied plat. En juin, la figure de l'enfant changea, il devint bouffi ; dépourvu de tout entrain, en même temps que ces phénomènes, on constata un souffle mitral dû à l'attaque rhumatismale antérieure : un peu plus tard, apparurent des taches blanches dépigmentées, entourées d'une auréole brune. Le cou grossis-

sait notablement. Le diagnostic porté fut thyroïditie rhumatismale. Le traitement adopté fut la médication thyroïdienne, l'iodothyrine de Baumann fut donnée à la dose d'un quart de tablette pendant trois jours, une demi-tablette les trois jours suivants, trois quarts de tablette, puis une tablette entière et une tablette et demie. Les pulsations cardiaques devenant rapides, cent pulsations à la minute au bout de deux mois de traitement, on descendit la dose d'un quart de tablette.

Le résultat obtenu fut satisfaisant ; la bouffissure diminua, le corps thyroïde perdit la plus grande partie de son volume, l'apathie devint moindre.

P. Sainton.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Anthrax de la cuisse traité par l'excision; guérison, par Th. Sinclair (*British Med, Journal*, 31 mars 1900). —Cette observation présente un intérêt étiologique qui justifie sa publication. Il s'agit d'un laboureur qui se piqua la cuisse avec un éclat de bois provenant d'une brouette chargée de fumier et de débris osseux. Il vit se developper une inflammation locale considérable à forme d'anthrax. Le plateau central, noirâtre, était entouré de vésicules régulières : l'engorgement inguinal était considérable. Ce dernier symptôme détermina l'opérateur à faire l'ablation des ganglions engorgés en une seule masse, suivie de l'excision des parties mortifiées, jusqu'au vaste interne. La veine saphène avait été préalablement liée, pour éviter les thrombus infectieux pendant l'opération. Le malade guérit par granulation, les angles de sa plaie ayant été seuls suturés. A l'examen, on trouva, dans le liquide des ampoules, un grand nombre de bacilles de l'anthrax; du bouillon ensemencé donnait une culture pure de ce bacille, Le plateau central en contenait moins, mêlés à beaucoup de staphylocoques. Quand aux glandes de l'aine, elles en étaient dépourvues et cette adénite était purement inflammatoire.

A. Benoit.

Greffe d'un orteil à la main (29e *Congrès all. de Chir.*). — M. von Giselsberg a tenté la substitution d'un orteil du pied homologue pour remplacer l'index emporté par un accident. Pour le faire, il a fixé la main sur le pied, après avivement et suture des tendons et autres parties. Néanmoins, il laissa un pont cutané pendant 13 jours, pour nourrir l'orteil à greffer. La séparation fut amenée progressivement, en diminuant chaque jour la largur du pédicule. Bon résultat plastique mais mobilité du doigt presque nulle. L'auteur espère qu'elle se rétablira.

A. Benoit.

Une méthode facile de réduction des luxations de l'épaule et de la hanche par Lewis S. Stimson (*Medical Record*, 3 mars 1900). — La méthode employée pour la réduction des luxations de l'épaule est la suivante : elle est fondée sur les effets d'une traction modérée et régulière sur le bras en abduction.

On fait au milieu d'un matelas de lit un orifice arrondi d'environ six pouces de diamètre à dix-huit pouces d'une des extrémités. Le malade est placé sur le matelas, le bras pendant à travers l'orifice. Le matelas est surélevé à une distance assez grande du plancher et un sac de sable d'un poids de dix livres est suspendu au poignet. Après une attente de quelques minutes la réduction est faite. Cette méthode est très sûre, facile, rapide.

Dans les luxations de la hanche en arrière, la méthode est employée de la façon suivante. Le malade est placé couché sur une table, de façon que ses cuisses pendent à l'extrémité de celle-ci. La cuisse saine est tenue horizontalement par un aide pour empêcher l'inclinaison du bassin ; la cuisse malade pend verticalement ; le chirurgien, saisissant la cheville du pied, porte la jambe horizontalement (à angle droit avec le genou) et lui imprime de légers mouvements latéraux. Si le relâchement musculaire apparait lentement, un sac de sable de dix livres est placé sur la jambe. près du genou, où une pression est faite avec la main. Ce procédé réussit dans les quatre cinquièmes des cas sans l'aide de l'anesthésie.

P. Sainton

Traitement de l'ulcère de jambe, par M. I. Dukovsky (*Sem. médic.*, 28 mars 1900). — Signalons une tentative qui aurait, parait-il, donné de bons résultats. Il s'agit d'application de *toxines pyocyaniques* sur des ulcères variqueux, obtenues avec le liquide de culture du bacille pyocyanique, dont la pullulation sur ces plaies, primitivement aseptiques, prolonge leur durée et entrave la guérison.

A. Benoit.

De la cure radicale des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs (procédé de Chipault), par A. Fougères. *Thèse de Paris*, 1899. — L'ulcère variqueux parait dépendre de deux

facteurs; d'une part une lésion des nerfs périphériques, d'autre part une lésion des veines. C'est un véritable trouble trophique dans lequel on constate les principaux traits propres à cette altération : altérations gangréneuses ou pemphigoïdes de la peau, troubles de la sensibilité thermique, de la sensibilité tactile et de la sécrétion sudorale. Chipault, frappé de ce caractère spécial, a pensé que le traitement du mal perforant plantaire aurait quelque action dans l'ulcère : c'est pour cela qu'il a employé l'élongation du nerf sensitif dans le territoire duquel est situé l'ulcère. L'élongation se fait en exerçant des tractions sur l'extrémité périphérique du nerf, tractions légères et prudentes. L'opération doit être faite avec la plus rigoureuse antisepsie : elle est complétée par le nettoyage à fond del 'ulcère à la curette : régulariser les bords de celui-ci et en faire la suture si cela est possible. Sur cinq cas traités de cette façon, cinq guérisons ont été constatées, dont trois datant de plus d'un an.

P. Sainton.

Invagination iléo-cacale (*Société de Chirurgie*, 4 avril 1900). — M. Kirmisson appelle l'attention sur la confusion qui peut se faire, lorsqu'une invagination existe chez l'enfant dans la région iléo-cœcale. Le diagnostic d'appendicite a été plusieurs fois porté, alors que la mobilité de la tumeur, les mucosités sanguinolentes des selles etc... indiquent la véritable nature des accidents et ne laissent place à aucune hésitation sur le choix des moyens à leur opposer.

A. Benoit.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique pour retrécissement du pylore. Guérison, par André Antipas (*Société Impériale de medecine de Constantinople*, 13 octobre 1899). — Homme de vingt-sept ans, soigné depuis quatre ans pour un ulcère de l'estomac : un examen minutieux démontre l'existence d'une dilatation de l'estomac avec rétrécissement du pylore. Le malade dépérissant rapidement, la gastro-entérostomie fut pratiquée suivant le procédé de Hacker, modifié par Tuffier : au cours de l'opération, on constata la présence d'un rétrécissecicatriciel du pylore. Les suites de l'intervention furent bonnes ; le malade engraissa et les fonctions digestives s'accomplirent normalement,

P. Sainton.

Traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin (*29e congrès allemand*). — M. Korte (de Berlin) présente des malades opérés de tumeurs malignes du gros intestin et qui demeurent guéris depuis 3 et 3 ans et demi.

L'ablation de l'angle iléo-cœcal atteint de tumeur maligne, bien qu'il se fut agi de tumeurs peu mobiles, n'a donné aucun décès.

L'auteur pense donc que cette région est plus tolérante que toute autre.

A. Benoit.

De l'extirpation des tumeurs de la partie supérieure du rectum chez la femme, par E. Doyen (*Revue critique de médecine et de chirurgie*, 15 mars 1900). — Observation des plus remarquables, les tumeurs de cette région étant généralement considérées comme inaccessibles, en raison de la fixité relative du gros intestin dans cette région et de sa difficulté, pour le chirurgien, d'y accéder et d'y manœuvrer aisément.

Dans le cas relaté par M. Doyen, il s'agissait d'un cancer du rectum situé au niveau du fond de l'utérus, tumeur mobile, mais dont on n'atteignait la limite inférieure qu'à grand'peine par le toucher rectal.

La tumeur ne pouvait être perçue par le palper abdominal, en raison de l'adiposité de la malade. La création d'un anus iliaque n'était pas indiquée : il n'y avait aucun signe d'obstruction. La tumeur était mobile ; la survie considérable que l'on observe après l'ablation de tumeurs cancéreuses du rectum ou du gros intestin faisait à M. Doyen un devoir de proposer l'extirpation.

Opération. — La malade, anesthésiée au chloroforme, fut placée dans la position de Trendelenbourg. Le ventre ouvert et l'intestin grêle refoulé par de larges compresses stérilisées, la cavité pelvienne fut explorée.

La tumeur, qui était mobile, s'étendait de la partie supérieure du rectum à deux ou trois centimètres du cul-de-sac de Douglas.

L'S iliaque fut écrasé et lié en masse à deux centimètres au-dessus du néoplasme, et le rectum fut sectionné au-dessous de la ligature, après oblitération de son calibre par une forte pince à mors courbes. Les deux extrémités intestinales désinfectées furent enveloppées de compresses stérilisées. Le rectum fut alors détaché de ses connexions mésentériques et de la face antérieure du sacrum, et les vaisseaux principaux furent liés isolément. Le bout inférieur fut désinfecté par l'anus, qui avait été préalablement soumis à la dilatation forcée, et le rectum fut sectionné au-dessous de la tumeur, après application au voisinage de cette dernière d'une forte pince courbe.

La tumeur extirpée, il s'agissait de suturer l'S iliaque au bout inférieur du rectum. L'S iliaque, détaché de son mésentère sur une certaine longueur, fut attiré par le fil qui le fermait, au travers du bout inférieur du rectum, jusqu'au

dehors de l'anus. La partie terminale de cet intestin, fatalement vouée au sphacèle, devait servir à conduire en dehors les matières fécales pendant les premiers jours et à faciliter la réunion des sutures ilio-rectales.

L'entérorraphie est en effet très difficile à réaliser en pareil cas et il est presque impossible de placer avec toute la précision désirable les sutures postérieures. La muqueuse rectale fut invaginée dans le calibre de l'intestin en avant, abrasée en arrière et le rectum fut fixé à la surface de l'S iliaque par deux plans de sutures.

Il fut facile de s'assurer que l'S iliaque présentait, au point de la réunion, une bonne circulation sanguine et qu'il ne serait pas atteint jusque là par le sphacèle.

La suture terminée, on fit, pour plus de sécurité, une large ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur et on tamponna le cul-de-sac de Douglas, qui fut refermé d'autre part au-dessus de la suture intestinale par un surjet unissant au péritoine pelvien et à l'S iliaque les ailerons des ligaments larges et le fond de l'utérus.

La guérison se fit sans autre accident qu'un écoulement momentané d'une partie des matières fécales par la boutonnière vaginale, qui survint au moment de l'élimination du cylindre intestinal privé de ses vaisseaux, cette élimination s'étant faite un peu plus haut qu'on ne l'avait supposé.

Cette opération démontre la possibilité d'extirper, chez la femme, les tumeurs de la partie supérieure du rectum, avec suture de l'S iliaque au bout anal de l'intestin.

En terminant, M. Doyen fait remarquer qu'il est utile, pour obtenir une bonne suture intestinale, de ménager la plus grande étendue possible du bout inférieur. Il devient alors facile de pratiquer une bonne suture et d'éviter de détacher une aussi grande étendue de l'S iliaque, destinée à conduire pendant les six ou huit premiers jours les matières hors de l'anus.

La dilatation forcée de l'anus doit être pratiquée dans tous les cas, afin de faciliter l'issue au dehors des matières qui arrivent dans l'ampoule rectale.

R. Blondel.

Le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables, par William B. Colly. (*Académie de Médecine de New-York*, 1er mars 1900). — Diverses méthodes ont été récemment préconisées dans les cas de cancer inopérables. L'administration du corps thyroïde essayée par l'auteur dans quelques cas ne lui a point donné de succès. Les injections d'alcool ne sont suivies d'aucun effet. Le traitement par les toxines mêlées du coccus de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus est, par contre, très satisfaisant : il faut se servir de cultures non filtrées, faites dans le même milieu et stérilisées par la chaleur. L'injection est faite directement dans la tumeur. On commence par une dose de un demi minime (0 c. 025) ; si l'amélioration ne se montre pas au bout de quatre semaines, il est inutile de continuer le traitement. Si, au contraire, elle est notable, on peut continuer les injections pendant des années deux fois la semaine. Sur les cas traités, quatre-vingt-quatre étaient des sarcomes à cellules rondes, vingt et un à cellules fusiformes et neuf des mélano-sarcomes. Parmi les sarcomes à cellules rondes, quarante furent plus ou moins améliorés ; dans trois le traitement a été efficace. Sur vingt et un sarcomes à cellules fusiformes, dix ont disparu entièrement et tous ont été améliorés. Les dangers de ce traitement sont insignifiants.

P. Sainton.

Traitement des cancers inopérables, par M. Czerny (de Heildeberg), (*29e Congrès de la Société allemande de Chirurgie*). — L'auteur, de sa haute autorité, exprime l'avis qu'on ne doit pas abandonner les cancéreux, dont la tumeur par son développement extensif est devenue inopérable. Le traitement palliatif est aussi un traitement moral, qui a pu, dans quelques cas inespérés, aboutir même à la guérison définitive.

Contre les *tumeurs du corps thyroïde*, on a la ligature des artères afférentes, contre celles de l'*intestin*, la gastro-entérostomie, l'entéro-anastomose, la colostomie, enfin, contre les cancers utérins, le *curettage*, efficace surtout quand il est suivi de *cautérisation au chlorure de zinc* en solution concentrée. On tamponne la cavité utérine curettée avec des bandes de gaze imbibées de cette liqueur et l'on a soin de protéger les parois du vagin avec de la gaze imprégnée de bicarbonate de soude. MM. Helferich et Steinthal déclarent aussi qu'ils placent ce caustique au premier rang et lui donnent la préférence sur le thermocautère.

Au cou et *à la face*, la cautérisation des tumeurs par le chlorure de zinc doit être faite très prudemment. Elle est susceptible aussi de donner de bons résultats, lorsqu'on a pu se mettre à l'abri des hémorragies.

A. Benoit.

Traitement de la tuberculose locale par l'alcool par le Dr Neustadtl (*Prager med. Wochenschrift*, no 7, 1900). — On sait que Salzwedel a proposé le pansement à l'alcool dans les cas de phlegmon, par exemple : l'auteur a essayé la même médication dans un cas de synovite et ostéite tuberculeuses de l'avant-bras gauche, avec lésions diffuses ne permettant pas l'extirpation locale. Avant de recourir à la suprême

ressource de l'amputation, on appliqua journellement des feuillets d'ouate imbibés d'alcool à 96°, sur toute la région s'étendant de la naissance des doigts à l'articulation du coude : pardessus, une couche de batiste de Billroth et une bande. La sensation de cuisson provoquée par l'application du pansement disparut au bout de sept jours : l'amélioration de l'état local était déjà marquée après le troisième pansement; la sécrétion des deux fistules diminua chaque jour, les douleurs locales firent de même, et la diminution du volume du membre atteignit 3 centimètres au bout de six semaines de traitement. A ce moment, la sécrétion d'une des fistules était tarie, la seconde était presque arrivée au même point.

Cette observation unique incite à de nouvelles recherches dans le même sens, car la méthode est d'application facile, surtout en chirugie infantile, et il est probable qu'en présence de lésions moins considérables on pourra espérer obtenir une cure radicale de l'infection bacillaire locale.

E. Vogt.

Compresses à l'alcool dans le traitement du péritonisme, par Sebrwald (*Therap. Monatshefte*, mai 1900). — Dans les cas où existe une inflammation péritonéale sans indication spéciale, opératoire ou autre, il peut être fort utile d'essayer, en congestionnant les téguments externes, d'obtenir une dérivation salutaire.

Dans un cas de péritonite grave chez un tuberculeux, l'auteur se servit de compresses d'alcool pour combattre le processus intra-abdominal : le résultat fut remarquable, car, au bout de sept jours, le météorisme, la diarrhée, les vomissements et les douleurs avaient disparu, sans que l'affection tuberculeuse des poumons ait subi une influence. Une récidive de la péritonite, survenue deux mois plus tard, put être enrayée en trois jours par l'emploi des compresses.

Le malade ayant succombé plus tard, on ne trouva pas de péritonite tuberculeuse à l'autopsie. Il est donc possible que l'on se soit trouvé en présence d'une simple hypérémie de la séreuse, mais on sait d'autre part qu'à la suite de la laparotomie, des péritonites tuberculeuses peuvent disparaître sans laisser de traces.

Encouragé par ce succès, l'auteur a appliqué le même traitement à plusieurs malades présentant des coliques appendiculaires. L'évolution du processus morbide s'est effectuée dans d'excellentes conditions.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la constipation habituelle par le Dr J. Gonzales Campo (*La Oto-rino-laringologia espanola* n° 25, 1900). — La constipation se rencontre dans la plupart des affections gastriques chroniques, hyperchlorhydrie, atonie et dilatation, catarrhe, cancer, entéroptose, dyspepsie nerveuse. Quelques formes de catarrhe intestinal s'accompagnent de constipation comme aussi les rétrécissements intrinsèques et les extrinsèques ou provoqués par des adhérences et tumeurs des organes voisins qui compriment l'intestin et diminuent son diamètre ; le même effet peut provoquer des hypertrophies de la prostate ainsi que des rétroversions et rétroflexions utérines, etc. La fissure anale et les hémorroïdes déterminent la constipation. Dans quelques maladies du système nerveux la constipation est un symptôme habituel.

Ce symptôme présente une telle importance qu'il peut être considéré comme une maladie ; on peut distinguer trois variétés : dans la première, le malade va chaque jour à la selle, mais avec difficulté, dans la seconde, la garde-robe n'a lieu que tous les deux ou trois jours et dans la troisième, les intervalles sont de plusieurs jours.

Un des inconvénients de la constipation est l'hypérémie intestinale qui peut atteindre à l'inflammation par action de contact prolongé des matières sur la muqueuse du gros intestin ; cette congestion détermine la production exagérée du mucus constituant l'entérite glaireuse ou pseudo-membraneuse avec fausse diarrhée.

La constipation peut provoquer des auto-intoxications par fermentation des matières retenues et absorption des produits septiques, et déterminer l'obstruction et l'occlusion intestinales.

Pour combattre la constipation habituelle, il faut corriger d'abord la maladie originelle et après faire bien attention au régime.

En termes généraux, les substances alimentaires qui laissent beaucoup de résidus sont utiles dans la constipation, par conséquent on doit proscrire l'usage exclusif des viandes, œufs et laitages et recommander la variété dans l'alimentation, les légumes et fruits cuits, les purées de légumes, les fruits acides qui agissent sur la contractilité des fibres musculaires en favorisant le mouvement péristaltique, etc. Il faut insister auprès du malade sur la nécessité de boire une certaine quantité d'eau ; le cidre et

les vins blancs sont autorisés, mais pas les rouges, à cause du tanin qu'ils contiennent.

Le malade doit avoir la précaution d'aller au cabinet tous les jours, à la même heure et, aussi chaque fois que le moindre besoin se fera sentir. L'exercice est un bon adjuvant.

L'usage et plus encore l'abus des purgatifs est très souvent cause de constipation ; il faut surtout incriminer les drastiques et les salins. On doit essayer par contre de prendre aux deux principaux repas une cuillerée de graine de lin dans un quart de litre d'eau, car le mucilage que ces graines contiennent facilite le passage des matières. Quant on croit que la cause de la constipation réside dans l'atonie, la strychnine, la brucine, la noix vomique, l'ipéca pourront rendre des services.

Le massage rend des services quand la constipation ne dépend pas d'un spasme et ne s'accompagne pas d'entérite pseudo-membraneuse et qu'on ne trouve ni adhérences, ni lésions inflammatoires ou ulcéreuses, ni artéro-sclérose. Il faut le pratiquer à jeun, après avoir fait uriner le malade; le médecin avec les bouts des doigts fera des mouvements circulaires ou en spirale depuis la fosse iliaque droite vers en haut, en suivant le côlon ascendant, et en se dirigeant vers la gauche en pressant sur le côlon transverse ; on descendra ensuite sur le côté gauche vers la fosse iliaque. Les séances doivent durer un quart d'heure approximativement.

L'auto-massage donne des bons résultats et un des meilleurs moyens consiste à faire rouler une boule de 2 kilos, couverte de flanelle, sur les parois du ventre ; au bout d'un certain temps ce massage provoque des selles.

Dans tous les cas, l'emploi des lavements, ou mieux d'irrigations de 500 grammes d'eau bouillie fraîche ou additionnée de 5 0/0 de glycérine est utile. Mais l'auteur préfère à tous ces moyens le lavement huileux de Kussmann, composé de 400 grammes d'huile d'olives que le malade introduit le soir au moment de se coucher ; le lavement sera gardé toute la nuit, si possible, et le lendemain matin une selle se produira naturellement, parfois on sera obligé d'administrer à ce moment un lavement d'eau fraîche.

F. Berini

La diarrhée nerveuse et son traitement, par Bidlot (*Le Scalpel*, 29 avril 1900). — Les diarrhées d'origine nerveuse bien étudiées par Pariser, se divisent en un certain nombre de groupes. Les unes apparaissent au cours du tabes, des myélites, de la maladie de Basedow ; les autres reconnaissent pour cause une intoxication par le tabac, la morphine, la plupart sont d'origine réflexe; le point de départ du réflexe peut siéger dans les organes génitaux, il peut siéger dans l'estomac ou dans les parties supérieures de l'intestin (idiosyncasies à l'égard de l'alcool, du café, du cacao, des œufs, du lait, etc.) ; le réflexe peut même avoir son origine dans la muqueuse pituitaire, la peau, etc.

L'entéroptose, par le tiraillement nerveux auquel elle donne lieu, est une cause de diarrhée. L'hystérie et la neurasthénie donnent souvent lieu à des réflexes intestinaux violents. L'évolution de ces diarrhées peut être très longue : elles ont pour caractère de résister au traitement anti-diarrhéique et de survenir après les repas. Le traitement de ces diarrhées varie suivant les cas. Dans le tabes, la morphine est indiquée; dans la maladie de Basedow, le bromure, le séjour prolongé au lit et l'enveloppement ouaté de l'abdomen sont indiqués. Le régime alimentaire sera surveillé avec soin, les boissons alcooliques, le café, les épices, les graisses, les viandes lourdes, les repas copieux seront défendus. Les bains chauds et les douches tièdes sont de bons adjuvants. L'extrait de cannabis indica à la dose de 1 centigramme trois fois par jour, agirait très heureusement d'après Pariser sur l'irritabilité intestinale. S'il existe du catarrhe intestinal, la diarrhée nerveuse est justiciable du tannin et des astringents. L'électricité, sous forme de galvanisation, a, dans certains cas, donné d'excellents résultats. On pourra enfin essayer d'une cure aux eaux chlorurées sodiques.

P. Sainton.

Traitement de la lithiase rénale (*Medicinskoe Obosrenie* n° 2, 1900).—Pokrovsky rapporte 20 cas de traitement opératoire de la lithiase rénale. On a pratiqué dans 11 cas la taille médiane, dans 8 cas la haute taille ; dans 1 cas on a extrait le calcul par la vessie à l'aide de pinces.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Sur 10 cas de taille médiane, 9 guérisons et 1 mort. (Il s'agissait d'un malade très épuisé).

Sur 8 cas de haute taille, 8 guérisons.

La haute taille a été suivie d'une fermeture immédiate par une suture à deux étages, après avoir introduit préalablement un drain dans la vessie. La durée de la convalescence a été dans la taille médiane de trente-trois jours ; dans la haute taille de vingt-et-un jours.

L'auteur conclut en disant que la haute taille est préférable à la taille médiane et que l'application immédiate de la suture vésicale est préférable au traitement à ciel ouvert de la plaie vésicale.

J. Roubleff.

Expulsion de calculs hépatiques sous l'influence de l'ingestion d'eau sulfureuse, par Winckler (*Therap. Monatshefte*, mai 1900). —

L'auteur, qui exerce à la station de Nenndorf, a eu l'occasion de constater que l'eau sulfureuse agit sur la sécrétion biliaire, car de nombreux malades présentent, au bout de quinze jours environ de traitement thermal, des selles fortement chargées de biliverdine. Chez un malade souffrant de coliques hépatiques, inutilement soigné à Carlsbad, se produisit, au dixième jour de la cure à Nenndorf, un redoublement des accidents, suivi de l'expulsion de quinze calculs.

Les eaux de Nenndorf contiennent plus de 45 cc. d'hydrogène sulfuré : elles sont donc très fortes, mais les malades les acceptent facilement. Il y a lieu de continuer les recherches dans d'autres stations sulfureuses.

L'auteur croit que l'abus des œufs et du pain dans l'alimentation représente une des causes principales de la lithiase hépatique. Ces aliments contiennent, en effet, de fortes proportions de cholestérine.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Classificatiom physiologique et rationnelle de la gymnastique. Gymnastique respiratoire par Ch. Vuillemin (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 mars 1900). — Nous retiendrons de ce travail tout ce qui a trait à la thérapeutique; l'auteur commence par faire remarquer que les procédés d'application peuvent varier suivant l'âge et selon le cas de chaque individu, mais tous doivent dériver des mêmes principes.

La respiration étant une des principales fonctions de l'organisme, le premier principe de la gymnastique est d'apprendre à respirer. Une gymnastique bien entendue devra donc toujours débuter par la gymnastique respiratoire.

La respiration est la plus importante des fonctions de la nutrition : Absorber vite beaucoup d'air pur et éliminer vite beaucoup d'acide carbonique, tel est le but de la gymnastique respiratoire.

L'homme respire en moyenne 16 à 18 fois par minute et un mouvement respiratoire complet se décompose en deux temps : 1° l'inspiration ou l'entrée de l'air dans la poitrine ; et 2° l'expiration ou la sortie de l'air chargé d'acide carbonique. Le mouvement d'inspiration ainsi que le mouvement d'expiration peuvent s'accomplir à notre insu comme pendant le sommeil ; mais la volonté peut les accélérer à son gré.

Pour que son intervention soit efficace elle doit tenir compte du rythme de la respiration normale qu'elle cherche à perfectionner.

Tous les mouvements qui mobilisent la poitrine et modifient ses dimensions et sa capacité peuvent être utilisés comme mouvements respiratoires; mais il est indispensable: 1° qu'ils soient toujours exécutés suivant le rythme de la respiration normale, c'est-à-dire 16 à 18 fois par minute.

2° Qu'ils ne comprennent que deux temps ; le 1er temps favorisant l'inspiration doit être en principe deux fois au moins plus lent que le second qui correspond à l'expiration.

3° Que l'ampliation et le retrait de la cage thoracique soient aussi complets que possible pour bien gonfler et bien vider les poumons.

4° Que, dans l'exécution de ces mouvements, l'élève se garde bien de compter à haute voix. Sa principale préoccupation doit être de prendre l'habitude de la cadence respiratoire normale et d'agrandir le jeu de son soufflet thoracique.

La gymnastique respiratoire peut rendre de grands services dans le développement des enfants : par la pratique régulière de ces exercices, la circulation devient plus active, et augmente la puissance de travail et la résistance à la fatigue.

Sous l'influence de ces exercices, les poumons se fortifient, résistent mieux aux infections microbiennes, sont moins exposés aux congestions passives et moins impressionnables aux variations atmosphériques.

Pendant la défervescence des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, ces respirations renforcées amènent une convalescence plus régulière, une guérison solide et prompte.

Enfin, la gymnastique respiratoire est surtout efficace dans le décours d'une pneumonie pour en hâter la résolution et favoriser le retour de la perméabilité des poumons ; dans la pleurésie à son déclin pour provoquer l'expansion vésiculaire et enrayer la déformation thoracique; dans les affections organiques du cœur, en soulageant ses efforts, en activant l'hématose et en favorisant l'hypertrophie compensatrice et même dans la péricardite en voie de résolution, en enrayant la symphyse cardiaque et en mobilisant les adhérences.

E. Vogt.

Les antiseptiques des voies respiratoires et intestinales, par Roger (*Tribune médicale*, 7 mars 1900). — L'antisepsie dans les cas de lésions du nez, de la gorge et du larynx doit être des plus minutieuses, car ces affections peuvent s'étendre au sinus de la face et de

l'orbite. Les sinusites, trop peu connues des médecins, ont un traitement très simple : le *menthol* en forme la base; on s'en sert en fumigations sous forme d'une solution alcoolique à 4 0/0 dont on verse quelques gouttes dans un bol d'eau chaude, sur lequel on applique un entonnoir renversé servant de cheminée pour la vapeur d'eau, chargée de menthol.

Parmi les antiseptiques de la cavité des fosses nasales, l'antiseptique de choix est *l'eau oxygénée*, coupée avec de l'eau alcaline; on peut faire avec ce mélange de grands lavages du nez et de la gorge, et enduire les parties lavées avec une pommade à la résorcine. Au cours de la rougeole, de la scarlatine, des autres fièvres éruptives, Marfan est d'avis de pratiquer une véritable antisepsie préventive des voies respiratoires. Les fosses nasales étant nettoyées avec un tampon, on y verse 5 à 6 gouttes d'huile mentholée à 1/40e et on introduit ensuite la pommade à la résorcine. Roger est convaincu d'avoir, par ce moyen, diminué la fréquence des otites moyennes dans son service : sur 1100 malades atteints de rougeole, il n'a observé que 34 cas d'otites moyennes, et sur 997 cas de scarlatine, 30 cas d'otite suppurée, soit 3 0/0. La mortalité sur 2000 malades a été de 3 pour la rougeole, de 1 pour la scarlatine; ces 4 malades sont morts de méningite. Si l'on n'a pu éviter la complication, il faut pratiquer des lavages de l'oreille et les faire suivre de l'introduction dans l'oreille de quelques gouttes de glycérine phéniquée au centième. Enfin, l'otite peut s'accompagner de mastoïdite; il faut alors trépaner. Un procédé de lavage, autre que celui par l'oreille externe, est le lavage par la trompe d'Eustache, mais il nécessite une grande habitude.

L'antisepsie du poumon et des annexes peut se faire par les inhalations et les pulvérisations. Les pulvérisations peuvent se faire avec des solutions créosotées. On s'est servi du phénol, du bi-iodure, du thymol, du benjoin dans le traitement de la tuberculose laryngée. Les inhalations de menthol dans les laryngites chroniques sont faciles à faire. On peut essayer de transporter la substance médicamenteuse directement dans les voies respiratoires sans inconvénients. L'huile mentholée, à la dose de 2 ou 3 gouttes injectées à l'aide d'une seringue, est très bien supportée par lesp etits enfants.

Certains auteurs n'ont pas hésité à porter les antiseptiques directement dans le poumon. Dans la tuberculose, la pneumonie, la gangrène du poumon, ils ont employé des solutions diluées de mercure ou de sublimé à 1/40 millième : ces injections doivent être réservées aux seuls cas de gangrène pulmonaire.

On peut enfin, pour faire l'antisepsie des voies respiratoires, introduire dans l'estomac ou l'intestin des substances éliminées par la muqueuse bronchopulmonaire. C'est dans ce but qu'on a employé l'eucalyptus, la térébenthine, le tolu, le benjoin, la créosote. Les lavements d'hydrogène sulfuré préconisés chez les tuberculeux n'ont aucune action, « il n'en passe pas un centimètre cube » dans les voies respiratoires.

Enfin, la créosote peut être introduite par la voie sous-cutanée (30 cc. d'une solution huileuse à 1/15e (Gimbert), 5 grammes de créosote par jour. L'injection est douloureuse, elle peut donner lieu à un kyste huileux lent à se résorber, ou même à des embolies graisseuses; Lemoine conseille de n'injecter par cette voie que 0 gr. 50 de créosote par jour.

Cette méthode sous-cutanée est inférieure à celle des lavements créosotés (0 gr. 50 par lavement) : on peut employer par la voie intestinale le gaiacol et le carbonate de gaiacol.

L'antisepsie des voies digestives peut se faire par le régime en supprimant les aliments fermentescibles, les corps gras, le lait, le fromage, etc. L'antisepsie stomacale se fait au moyen de lavages : les médicaments qui conviennent le mieux sont l'eau saturée de sulfure de carbone, l'eau chloroformée de Hayem, une solution d'acide lactique à 2 0/00.

Le salol, l'iodoforme, le salicylate de bismuth, le naphtol, sont de bons antiseptiques intestinaux : le benzonaphtol et le bétol, moins actifs, sont mieux supportés.

P. Sainton.

Méthodes récentes utilisées dans les affections cardiaques : bains et exercices, par Th. Satterthwaite (*The medical News*, 10 mars 190). — La balnéothérapie ne constitue pas un élément nécessaire dans le traitement des affections cardiaques par les agents physiques, mais l'emploi de bains contenant de l'acide carbonique représente une médication plus agréable pour le malade que la mécanothérapie : il est donc préférable de combiner les deux méthodes.

Les exercices consistent en mouvements de flexion, extension, adduction, etc., des membres, de la nuque et du tronc, exercés par le malade et auxquels le médecin opposera une résistance graduée. Parmi ces mouvements, ceux qui s'adressent à la respiration doivent tout spécialement être utilisés. Pour les malades obèses, on pratiquera au lit les mouvements de la respiration artificielle, sans que le malade y participe volontairement. Le malade non confiné au lit doit s'asseoir sur une chaise, tandis que l'opérateur, debout derrière lui sur une autre chaise, le saisit sous les aisselles et soulève le tronc pendant que le malade reste

assis. Si le sujet est trop lourd, un aide sera nécessaire, car cette manipulation est très fatigante.

Une condition indispensable de réussite consiste dans une succession aussi peu monotone que possible des mouvements. On suivra, par exemple, la série que voici : 1° Mouvement respiratoire (voir ci-dessus); 2° flexion et extension des coudes; 3° flexion et extension des pieds; 4° massage abdominal; 5° flexion de la jambe sur la cuisse : 6° massage des bras et avant-bras; 7° circumduction des bras; 8° flexion des genoux; 9° massage des jambes; 10° percussion du dos, à la main ou à l'aide d'un vibrateur, suivie de massage.

Les premières séances seront de quinze minutes environ : plus tard, elles pourront durer jusqu'à une heure, mais pas davantage, avec repos intercalés. Il va sans dire qu'au cours du traitement, on augmente la résistance opposée aux mouvements du sujet : dans les cas de névrose cardiaque pure, il y a même avantage à opposer assez rapidement une résistance très grande. Le coefficient individuel varie, du reste, dans de grandes limites et toute systématisation trop absolue est nuisible.

Pendant le traitement, le malade devra toujours consacrer une partie de son temps à des promenades au grand air ou dans son appartement, avec fenêtres ouvertes, en évitant tout surmenage : l'excès de travail intellectuel doit être de même sévèrement proscrit.

Il ne faut jamais négliger d'éclairer le malade sur son état et le but que l'on veut atteindre : de cette façon, l'interessé aura moins de tendance à renoncer au traitement.

Tous les trois à cinq jours, on accordera un jour de repos, qu'il s'agisse de bains ou d'exercices, et l'on continuera ainsi pendant toute l'année. Les cures thermales présentent le désavantage de ne pas durer assez longtemps et d'habituer le malade à se négliger dans les intervalles.

Le traitement par les agents physiques est applicable à 80 0/0 environ des cardiaques avec troubles de compensation ; les 20 0/0 restants seront soumis au massage. En tous cas, mieux vaut diminuer les résistances périphériques par cette méthode que de chercher à tonifier la fibre cardiaque par des médicaments.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Drainage rétro-péritonéal des pyo-salpinx, par L. Garrigues (*Med. Rec.*, 17 février 1900). — Le drainage des suppurations pelviennes par le vagin étant toujours exempt de danger, c'est par cette voie qu'il faut toujours pénétrer : la température tombe de suite, la douleur cesse, la convalescence est rapide. La laparotomie, au contraire, présente des dangers de shock, les malades souffrent et sont condamnées au lit pour au moins un mois. D'ailleurs, est-il rationnel de lier et d'enlever une trompe malade en s'exposant à laisser dans le moignon des bactéries virulentes?

Certains chirurgiens ponctionnent bien les poches salpingiennes, mais les bourrent de gaze iodoformée pour éviter l'hémorrhagie. Ce tamponnement serré, non seulement est douloureux, mais ne remplit pas du tout le but du drainage qu'on s'était proposé.

L'auteur agit de la façon suivante :

Incision d'environ deux centimètres à la partie antérieure de l'insertion vaginale du col, du côté de la trompe malade; cette incision comprend toute l'épaisseur de la paroi vaginale.

L'index de l'opérateur pénètre par cette ouverture, décollant le péritoine jusqu'à la corne utérine, et prend contact avec la poche purulente. Un aide appuie fortement sur la paroi abdominale pour refouler la tumeur vers le bas, pendant que l'opérateur ouvre la poche avec des ciseaux mousses. L'abcès ouvert est exploré, et on introduit dans la cavité un tube en T. Pas de lavage en ce moment, dans la crainte de propager l'infection par une éraillure possible du péritoine. L'opération est précédée d'un curettage. Les malades se lèvent au bout de huit jours.

R. Blondel.

Grossesse extra-utérine et inondation péritonéale (*Société de Chirurgie*, 21 mars et 4 avril 1900). — La conduite à tenir dans le cas de grossesses ectopiques vient d'être, on peut le dire, définitivement réglée à la suite d'un rapport de M. Routier sur un récent travail de Morestin et Auvray. Il s'agit, dans toutes les observations, de grossesses extra-utérines, la plupart tubaires, de quelques semaines à trois mois, qui se rompent à la suite d'un traumatisme ou bien spontanément et donnent lieu à des hémorragies internes. C'est de la décision du chirurgien

que dépend le sort de la malade: il faut opérer, même *in extremis*, puisqu'il s'agit de tarir une source d'hémorragie qui met l'existence en péril immédiat. Les malades doivent être nécessairement mises dans la position inclinée, adoptée d'ailleurs aujourd'hui pour toutes les opérations pratiquées dans le petit bassin. On trouve alors une trompe rompue contenant un œuf fécondé. Après avoir lié la trompe et fait son excision avec l'ovaire correspondant, il reste à traiter le péritoine. Celui-ci contient toujours une énorme quantité de sang (trois à quatre litres). Ce sang, n'étant pas septique peut être abandonné dans la cavité péritonéale (chirurgiens américains) pour être restitué à la circulation par voie de résorption. M. Routier est au contraire partisan d'un assèchement parfait, en ayant soin même de replacer la malade dans la position horizontale, avant de terminer la toilette du péritoine, afin de ne pas laisser le sang liquide qui stagne pendant l'opération vers la diaphagme. Il obéit ainsi à la règle générale qui s'est établie en chirurgie, d'étancher les plaies pour éviter toute infection possible. Il repousse par contre la proposition de M. Reynier de faire suivre cet assèchement d'un lavage à l'eau salée. Il n'y a aucune désinfection préliminaire à faire, cette manœuvre est donc inutile. Il faut simplement restituer à la malade son sérum sanguin, en lui faisant des injections sous-cutanées, en nombre suffisant, de sérum physiologique.

A. Benoit.

Sur la valeur de l'opération d'Alexander dans la rétroversion utérine mobile, par Roncaglia (*Société médico-chirurgicale de Modène*, séance du 16 décembre 1899). — De son expérience basée sur 58 opérations d'Alexander, dont il donne les détails et les résultats éloignés, l'auteur tire les conclusions suivantes: 1° L'opération d'Alexander est d'exécution facile, dépourvue de danger, ne donnant pas de mortalité. On n'a pas observé jusqu'à présent, des dystocies dans les accouchements ultérieurs, et le danger d'hernies post-opératoires, peut être facilement évité, même si l'on ouvre le canal inguinal ; 2° Elle ne peut donner que des résultats orthopédiques, et ici ses effets éloignés sont supérieurs à ceux obtenus par les autres opérations du même genre et surtout par les fixations du vagin. De plus elle est supérieure aux pessaires ; car tandis qu'elle corrige d'une manière prompte et durable les déplacements de l'utérus, le pessaire demande plusieurs mois de traitement et il n'a qu'un résultat éloigné et incertain. Or ces dernières considérations ont une grande valeur dans le traitement des déplacements chez les femmes de la classe pauvre ; 3° Elle ne sert pas à guérir les affections inflammatoires de la muqueuse et du parenchyme, qui doivent être soignées à part par les moyens chirurgicaux communs.

A ce point de vue, la correction du déplacement d'après la méthode d'Alexander donne les meilleurs résultats, quand les lésions utérines ne sont pas graves. Quand, au contraire, celles-ci sont plus prononcées, la correction du déplacement doit être exécutée alors seulement que ces lésions sont presque guéries. 4° Associée aux opérations du col et du périnée, elle est la meilleure opération complémentaire pour le traitement des prolapsus vagino-utérins compliqués de rétrodéviations, chez les femmes encore jeunes.

R. Blondel.

Traitement médical et obstétrical de l'éclampsie d'après l'école de Palerme, par Noto (*Archivio di Ginecologia*, n° 1, 1900). — Entre toutes les affections à forme convulsive qui peuvent atteindre la femme pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et dans la période puerpérale, la forme la plus grave est l'éclampsie; ceci est prouvé par la mortalité qui atteint à peu près 33 0/0.

Dans la période triennale 1895-1897, on a eu, à la clinique d'accouchement de Palerme, 6 cas d'éclampsie sur 900 accouchements, c'est-à-dire 1 cas sur 150 parturientes. 4 femmes éclamptiques ont été reçues à la clinique; 3 d'entre elles étaient à peu près au septième mois de la grossesse, et 1 était à la fin. Des 3 accouchements prématurés, deux enfants étaient nés morts et macérés et le troisième mourut au moment du travail; le quatrième, qui était à terme, naquit vivant.

Une autre femme, ayant une grossesse triple, fut admise au huitième mois; après les deux premiers jours de son admission, elle eut un accès d'éclampsie dont elle fut guérie par un accouchement provoqué et par l'extraction de deux enfants morts.

La dernière accoucha à terme d'un fœtus vivant, et, deux jours après, elle eut un accès d'éclampsie.

Les mères guérirent toutes.

L'A., sans entrer dans la pathogénie de cette affection, rappelle que les urines de toutes les malades contenaient de l'albumine. Deux d'entre elles furent atteintes d'éclampsie pendant qu'elles avaient dans l'utérus des fœtus morts et macérés.

Ce fait, s'il prouve d'une part combien sont trop absolues les observations des auteurs, selon lesquels la mort du fœtus éloignerait le danger de l'éclampsie, d'autre part ne contribue pas à faire prévaloir la théorie pathogénique de l'auto-intoxication d'origine fœtale.

Le traitement de l'éclampsie, adopté dans la clinique dirigée par le Pr Chiarléoni, est médical et obstétrical.

L'étiologie de l'affection étant encore obscure, le traitement médical est en très grande partie symptomatique et a pour base les anesthésiques, les hypnotiques et les purgatifs, auxquels il faut ajoute les diurétiques et les diaphorétiques, surtout dans la période prodomique de l'accès.

Le traitement obstétrical consiste surtout dans l'extraction rapide du fœtus; mais cela ne veut pas dire que le médecin ne puisse réussir à vaincre la maladie sans interrompre le cours de la grossesse.

Voilà le traitement dans ses lignes générales. Mais l'A., voulant entrer dans des détails plus minutieux, expose le traitement préventif, le traitement de la période prodrômique et celui de l'accès d'éclampsie.

L'albuminurie, constatée la première fois dans l'éclampsie par Levier, en 1843, fut toujours retenue comme signe certain des troubles qui pouvaient amener le développement de l'affection, et même aujourd'hui, bien que la théorie urémique soit tombée en discrédit, l'accoucheur en présence d'une albuminurie ne peut pas ne pas commencer un traitement.

Celui-ci consiste dans le régime lacté, exclusif, dont on obtient de très bons résultats.

Les bénéfices de ce traitement se manifestent immédiatement, et il est rare qu'on doive recourir à l'usage de pansements humides de bains de vapeur ou de drastiques, moyens qui quelquefois, peuvent trouver leur application.

On suit la même méthode de traitement quand l'accouchée présente des symptômes prodromiques d'éclampsie; dans ce cas aussi, la diète lactée exclusive s'impose. On garde la femme au repos absolu, on donne à plusieurs reprises des purgatifs drastiques et on a recours prudemment aux bains de vapeur.

Dans les cas ordinaires d'albuminurie, on n'applique pas le traitement obstétrical; mais dans les cas très graves, on intervient en provoquant promptement l'accouchement prématuré et, en choisissant pour cela les méthodes, qui, avec une sûreté plus grande, peuvent produire l'évacuation rapide de l'utérus.

Les douleurs du travail commencées, on donnera prudemment l'hydrate de chloral, seul ou mélangé avec du sirop de morphine, pour apaiser, dans les limites du possible, l'excitation réflexe qui très souvent peut-être la cause occasionnelle de l'attaque éclamptique.

Mais si l'éclampsie s'est déjà manifestée chez une femme enceinte ou en travail, le traitement médical est celui qui est suivi le plus communément (saignée, hydrate de chloral à hautes doses administré par la bouche ou par l'anus). Le traitement obstétrical, au contraire, que pendant 25 ans a suivi le Pr Chiarleoni, diffère sensiblement de celui qui, même aujourd'hui, trouve heureusement peu de fauteurs.

Dans les cas dont l'A. parle, il n'a pas été nécessaire de se demander s'il convenait ou non de faire l'accouchement forcé. En effet, une femme enceinte de 8 mois, atteinte à huit heures du matin par l'accès éclamptique, qui se répéta six fois dans le cours de la journée, bien qu'elle se trouvât dans de tristes conditions, entra en travail, sans trop tarder, grâce à un traitement prudent, et à huit heures du soir de la même journée, la dilatation permit d'extraire l'enfant.

De même chez les quatre autres femmes, entrées en travail, on put par le traitement médical venir à bout du danger.

L'A. reconnaît que dans la grossesse, il y a des cas très graves, dans lesquels la provocation de l'accouchement est le seul moyen de sauver la mère et le fœtus.

Mais l'opération doit être exécutée avec la plus grande prudence; il y faut user de la méthode qui atteint le but le plus sûrement et le plus promptement.

Dans la clinique du Pr Chiarleoni, on donne la préférence à la rupture de la poche des eaux et à l'usage des ballons de Barnes et, dans des circonstances spéciales aux incisions multiples de l'orifice utérin. Par ces moyens, on obtient presque avec une égale sûreté les mêmes effets qu'avec l'accouchement forcé, sans accroître les dangers pour la mère et pour le fœtus.

L'A. reconnaît que pendant le travail, le meilleur moyen de faire cesser les convulsions éclamptiques est encore la prompte évacuation de l'utérus, mais il croit qu'on doit y recourir seulement quand le traitement médical s'est montré inefficace et que l'état de la femme s'est aggravé. Dans ces cas, quand l'orifice utérin permet sans trop de dommage l'extraction du fœtus, les moyens opératoires sont la version, le forceps, l'extraction ou même l'embryotomie quand il y a de forts rétrécissements pelviens; quand au contraire, l'orifice utérin n'est pas dilaté ou dilatable au point de permettre les manœuvres nécessaires pour l'évacuation prompte de l'utérus, certains accoucheurs ont proposé l'accouchement forcé. Le Pr Chiarleoni le rejette d'une manière absolue, même dans ces circonstances, parce que c'est un moyen irrationnel, qui accroît la gravité de l'éclampsie, indépendemment des lésions utérines qui en elles-mêmes peuvent devenir fatales à la parturiente; il est d'avis que l'accoucheur doit se servir avant tout des ballons de Barnes pour obtenir un degré suffisant de dilatation ou de dilatabi-

lité et recourir à l'hystérostomie alors seulement que le premier moyen a échoué. Si l'éclampsie se produit avant la délivrance on la fait artificiellement, en usant de préférence de l'expression utérine, et, dans le cas où celle-ci serait inefficace, on aura recours à l'extraction. Pendant la période puerpérale le traitement médical, recommandé dans la grossesse et au moment du travail, trouve sa meilleure application.

R. Blondel.

Traitement des fibromes utérins pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1900, in *Gazette hebdomad.*, n° 14, 1900). — D'après M. Turner, dans les six premiers mois, les indications opératoires sont fournies par les hémorrhagies mettant la vie de la femme en danger, les phénomènes de compression suscitant des douleurs vives et continuelles, la péritonite, la marche rapide de la tumeur.

Les interventions sont les suivantes : 1° extirpation des polypes ; 2° énucléation des fibromes du col, myomectomie vaginale ; 3° myomectomie abdominale ; 4° hystérectomie vaginale ; 5° hystérectomie abdominale subtotale ou totale.

Plus tard, on doit éviter toute opération, si possible. L'accouchement prématuré doit être condamné.

A terme, ou près du terme, les fibromes du corps peuvent gêner l'évolution du fœtus.

Le forceps ou la version sont quelquefois indiqués.

Les fibromes du col dystociques, les polypes sont enlevés et l'accouchement terminé spontanément ou artificiellement.

Les fibromes véritablement dystociques, fibromes du segment inférieur, sont les plus dangereux. On ne doit pas s'attarder à la rétropulsion de la tumeur, à la dilatation du col, à la position génu-pectorale.

Le forceps et la version doivent être rejetés lorsque la tête reste élevée.

La symphyséotomie ne trouve pas ses indications ici parce que la dystocie est d'origine utérine.

L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix parce qu'elle supprime la cause des accidents. On la fera avant le travail dans les cas de dystocie infranchissable.

Lorsque l'enfant est mort, on peut employer la basiotripsie ou l'embryotomie si la dilatation est suffisante : sinon, on fera l'hystérectomie totale sans ouvrir la cavité utérine.

R. Blondel.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de médecine de Genève

Emploi de l'aspirine (*Therapie der Gegenwart*, mars 1900, — L'aspirine, combinaison salicylique nouvelle, présente pour Ruhemann l'avantage considérable de ne produire aucun des troubles si désagréables dont se plaignent les malades soumis à la médication salicylée. On peut administrer l'aspirine pendant des semaines sans qu'aucune intoxication ne soit à craindre, et l'existence d'affections cardiaques ou gastriques chroniques ne constitue pas une contre-indication.

L'action antirhumatismale est très nette, ainsi que l'examen d'une douzaine de cas a permis à l'auteur de le vérifier : il s'agissait de rhumatismes aussi variés de forme que d'intensité ; il semble même que, dans des cas de névralgies rhumatismales (sciatique etc.), l'aspirine agisse plus énergiquement que les salicylates.

E. Vogt.

L'ichthoforme (*Therap. Monatshefte*, avril 1900). — Les Drs Rabow et Galli, de Lausanne, ont soumis l'ichthoforme, combinaison d'ichthyol et d'aldéhyde formique, à une expérimentation étendue : il y ont été incités par le fait que tous les composés du formol présentent un grand intérêt, grâce à leur action antiseptique et désodorante énergique.

L'ichthoforme est une poudre brun-noirâtre, insoluble dans l'eau, amorphe, sans saveur ni odeur pour ainsi dire, dont les propriétés antiseptiques seraient d'après Aufrecht, supérieures à celles de l'iodoforme, et qui représenterait un antiseptique intestinal de premier ordre.

Des nombreuses recherches des auteurs, effectuées dans divers domaines, nous ne retiendrons que celles qui ont plus spécialement trait à la thérapeutique. L'action curative est très marquée dans diverses affections du tube intestinal, à la dose de 2 à 3 grammes par jour : dans le traitement des plaies, l'ichthoforme semble devoir être destiné à remplacer l'iodoforme ; il faudra, dans ce domaine, continuer les recherches, trop peu nombreuses aujourd'hui pour permettre un jugement définitif.

E. Vogt.

L'épikarine, médicament nouveau, par le Dr Kaposi (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 6, 1900). — Il s'agit d'un produit de condensation de l'acide crésotinique et du naphtol B, capable de se combiner avec des alcalins pour faire des

sels neutres, facilement solubles, alors que le naphtol ne donne naissance qu'à des phénolates alcalins caustiques. L'épikarine est beaucoup moins toxique que le naphtol : c'est une poudre jaune rougeâtre, facilement soluble dans l'alcool, l'éther et l'huile de vaseline, présentant une odeur acétique légère. On l'emploiera en pommades (10 à 20 0/0) ou en solution alcooliquê (10 à 15 0/0), dans les dermatoses justiciables du traitement naphtolé, telles que : scabiès, herpès tonsurant, prurigo, ichthyose, psoriasis, eczémas aigus et chroniques. L'action médicamenteuse se caractérise par une mortification de la couche épidermique superficielle accompagnée le plus souvent d'une exsudation légère provenant des vaisseaux du derme.

E. Vogt.

L'ichtalbine, succédané de l'ichthyol, par Samuel Wolfe (*Merck's Archives*, janvier 1900). — L'emploi de l'ichthyol en applications externes à l'état pur ou dilué dans l'eau ou dans l'alcool, est universellement connu. L'ichthyol est surtout apprécié dans les affections de la peau.

On a essayé de l'administrer à l'intérieur dans la phtisie, la bronchite et les troubles gastro-intestinaux ; les résultats ont été assez encourageants, mais on lui reproche, outre son mauvais goût et son odeur, de provoquer des éructations désagréables.

La découverte d'un succédané de l'ichthyol se prêtant à l'usage interne doit être, par conséquent, considérée comme une acquisition précieuse pour l'arsenal thérapeutique : l'ichthalbine, albuminate d'ichthyol, semble devoir remplir le but cherché.

L'auteur employa d'abord l'ichtalbine en insufflation dans un cas de pharyngite folliculaire aiguë. Contrairement aux autres poudres qui, dès le premier effort de la déglutition, sont entraînées dans l'estomac, l'ichtalbine reste attachée au pharynx et exerce ainsi une action thérapeutique prolongée.

Encouragé par ce premier succès, l'auteur employa l'ichtalbine en insufflation contre la diphtérie ; le résultat obtenu fut excellent et, dans bien des cas, on n'employa pas d'autre application locale. La dose de poudre insufflée a été de 0 gr. 40 à 0 gr. 75 toutes les trois à quatre heures. Il est évident que l'emploi de l'ichtalbine, soit à l'intérieur, soit en applications locales, ne doit pas exclure l'usage rationnel des antitoxines.

L'ichtalbine est administrée sous forme de pastilles contenant chacune 0 gr. 25 d'ichtalbine. Elles sont dures et fondent lentement dans la bouche.

Pour les malades atteints d'affections chroniques des muqueuses, on donne de quatre à dix ou douze de ces pastilles (1 gr. à 3 gr. par jour), en même temps, les régions accessibles à une application locale seront traitées une ou deux fois par semaine, soit par la poudre en application, soit par l'ichthyol (1 pour 7 de glycérine sur de l'ouate). La première méthode fut employée pour le nez et la gorge, la seconde pour le vagin et le col utérin.

Il ressort de nombreuses observations d'autres auteurs que l'ichtabine n'est pas toxique et n'irrite pas l'estomac, ce qui permet de l'employer sans en limiter le dosage.

C'est un antiseptique intestinal, facile à administrer a cause de l'absence de saveur et d'odeur.

L'auteur conseille d'employer l'ichtalbine chaque fois que l'ichthyol est indiqué pour l'usage interne ; l'ichtalbine ne provoquera ni éructations, ni nausées.

Dans la phtisie, la syphilis secondaire et tertiaire, dans le rhumatisme chronique, l'ichtalbine peut être considérée comme un médicament des plus efficaces, ainsi que le prouvent les observations de l'auteur.

C'est un agent précieux dans toutes les affections des muqueuses, et un des meilleurs médicaments internes contre les dermatoses inflammatoires.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique du sulfure de calcium, par Samuel Earp (*Merk's archives*, janvier 1900). — Le sulfure du calcium est obtenu en chauffant un mélange de sulfate de chaux (70 gr.), de charbon (10 gr.) et d'amidon (2 gr.) ; c'est une poudre d'un blanc gris, s'altérant à l'air, présentant une légère odeur d'hydrogène sulfuré, qui augmente par l'humidité et par l'addition d'acide sulfurique. Sa réaction est alcaline et il est légèrement soluble dans l'eau, mais insoluble dans l'alcool.

Les individus qui ne peuvent supporter l'odeur des préparations sulfureuses pourront prendre le sulfure de calcium en capsules gélatinées. Les éructations, désagréables au début, que l'ingestion de ces capsules provoque, finissent par ne plus gêner le sujet.

L'usage prolongé du sulfure de calcium produit quelquefois une éruption cutanée et un affaiblissement de la nutrition ; ces inconvénients s'observent du reste pour la plupart des agents thérapeutiques, même les plus efficaces, et sont souvent dus à une médication mal entendue.

Dans certaines conditions du système glandulaire, le sulfure de calcium peut donner de bons résultats, notamment lorsqu'il y a ten-

dence à la suppuration. L'auteur a observé les bons effets de ce remède chez des malades atteints d'adénites chroniques anciennes avec plaies cutanées rebelles ; parmi ces malades, quelques-uns présentaient des lésions étendues et l'auteur est persuadé que ces lésions auraient été évitées si le remède avait pu être administré plus tôt.

Si, dans certains cas de diathèse scrofuleuse, les bons effets ont pu être attribués en partie à d'autres remèdes donnés en même temps, il en est d'autres où le sulfure de calcium a été administré seul, et c'est parmi ceux-ci qu'on a relevé les résultats les plus marqués. On peut enrayer la furonculose par l'emploi du sulfure de calcium, et les processus suppuratifs en général sont influencés par ce médicament.

Le sulfure de calcium active le processus maturatif quand la suppuration est à son début, mais si on le donne avant ce moment on peut arriver à empêcher la formation du pus.

Dans les affections exanthématiques l'éruption peut être modifiée par l'influence du sulfure de calcium au point de faire hésiter sur le diagnostic. Cette modification a été constatée par l'auteur chez deux varioleux. Ces deux malades soignés dans deux endroits différents présentaient manifestement les prodromes de la variole, ils avaient passé la période papuleuse et vésiculaire, et le troisième jour de nombreuses pustules couvraient la face, les poignets, les chevilles et d'autres parties du corps. L'anomalie résidait dans l'aspect des pustules qui paraissaient sèches et sans aucune aréole. En un mot les pustules n'étaient pas celles que l'on observe habituellement dans la variole. On n'établit le diagnostic de petite vérole que parce que les symptômes et les périodes papuleuse et vésiculaire avaient été bien manifestes. En recherchant les causes de cette anomalie on se rappela que ces deux malades avaient reçu du sulfure de calcium à la dose de 0 gr. 20 par jour, avant d'être atteints de variole.

Ces observations semblent clairement faire ressortir l'influence que cet agent thérapeutique exerce sur la formation des pustules.

Cette influence a été en outre nettement établie par les résultats que l'auteur a obtenus en administrant ce remède dans différentes occasions. Dans un cas d'hydrocèle qui avait résisté à toute médication, l'auteur a obtenu la guérison au bout de trois mois avec le sulfure de calcium administré à la dose de 0 gr. 05 trois fois par jour.

D'autres résultats obtenus dans différents cas de furoncle, d'orchite traumatique, de scarlatine grave, etc., ont permis d'observer une influence lentement tonique sur l'état général et une diminution dans la durée des affections traitées.

L'auteur n'emploie jamais le sulfure de calcium en poudre ni en tablettes, il préfère les capsules de gélatine à condition qu'elles soient préparées avec un soin tout particulier.

E. Vogt.

Périplocine (*Wratsch*, n° 3, 1900). — Levacheff a employé la périplocine chez vingt cardiaques et il est arrivé à la conclusion que c'est un cardiaque très efficace.

Généralement, on pratique des injections sous-cutanées de périplocine. En outre des modifications du cœur habituellement observées sous l'influence de tous les médicaments cardiaques, l'auteur a constaté les particularités suivantes :

L'augmentation de l'intensité du choc cardiaque se manifeste au bout d'une heure, au maximum au bout de deux heures. Après la deuxième injection, les limites de la matité cardiaque diminuent à droite et en haut, en même temps que disparaît le pouls veineux cervical.

Sous l'influence de la périplocine, la pression sanguine augmente, le pouls ralentit; ce ralentissement est plus ou moins persistant.

Dans les cas où il y a des phénomènes de stase déterminés exclusivement par la faiblesse cardiaque, la périplocine exerce une action diurétique; l'albumine diminue et disparaît.

L'état général s'améliore. Lorsque la dose de périplocine est par trop forte (0,001 gr.), il se produit des accidents plus ou moins sérieux : céphalée, douleurs obtuses à l'épigastre, nausées et parfois vomissements et diarrhée.

La périplocine ne possède pas de propriétés accumulatives. Par sa rapidité d'action, la périplocine est inférieure au strophantus, mais supérieure à d'autres médicaments cardiaques et, par son intensité ainsi que par sa persistance d'action, la périplocine est l'égale de la digitale. L'action de la périplocine est le rapport direct avec le degré de la lésion cardiaque et l'état des autres organes.

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

IODE

PARTIES EMPLOYÉES ; PRINCIPES ACTIFS :

Provient des cendres des varechs et des algues où il est combiné avec la soude et la potasse.

Combiné avec des substances albuminoïdes dans la glande thyroïde, dans les fucus et dans les éponges.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES. INCOMPATIBILITÉS :

Cristaux aplatis, d'un éclat métallique. Solubles seulement dans 7000 parties d'eau ; solubles dans 12 parties d'alcool, 20 parties d'éther et de chloroforme, 53 de glycérine. Solubles dans les huiles, la vaseline, la lanoline, dans les solutions d'iodures alcalins. Incompatibles avec les alcalis, les carbonates alcalins, les sels métalliques, les alcaloïdes, la gomme, l'amidon.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Employé à l'intérieur comme antiscrofuleux (tuberculose atténuée infantile) ; dans le rhumatisme chronique, le goître, l'asthme, parfois contre certains vomissements ; comme antidote des empoisonnements par les alcaloïdes, etc.

A l'extérieur comme révulsif (teinture) contre les points de côté, la pleurésie sèche, l'hydarthrose, la pelade, la pelvi-péritonite, etc.

En badigeonnages sur les muqueuses (gingivo-stomatites, pharyngites chroniques, vaginite, métrite, etc.) ; en injections dans les séreuses (hydrocèle, hygroma) ; en injections interstitielles (abcès froids, kystes, fistules, pustule maligne.

POSOLOGIE. FORMES PHARMACEUTIQUES :

Adultes :

Usage externe : 0 gr. 01 à 0 gr. 05 en sirop, solution, teinture, vin, ou en combinaisons avec le tannin.

Teinture au 1/13) I à XX gouttes dans du lait, du vin d'Espagne.

LXI gouttes pèsent 1 gramme.
1 goutte contient 0 gr. 0012 d'iode.

A l'intérieur, il est préférable d'employer les solutés aqueux d'iode dans l'iodure de potassium.

Usage externe :

Collodion, collutoires, coton, gargarismes, glycérine, huile, injections, lavements, pommades, tampons vaginaux.

Enfants :

Teinture de 15 mois à 3 ans I à III gouttes.
— 3 ans à 5 ans III à VI gouttes
— 5 à 10 ans VI à XV gouttes.

Formules

Collodion :

Iode..... 1 gramme
Collodion élastique..... 20 —
(Pelade, pelvipéritonite).

Coton :

Obtenu en chauffant en vase clos du coton iodé et de l'iode en poudre ; renferme 10 0/0 d'iode, qu'il peut perdre graduellement à l'air.

Gargarisme :

Teinture d'iode.... } àà 10 grammes
Glycérine..... }
Décoction de roses de Provins..... 200 —
(Ulcérations syphilitique bucco-pharyngées).

Glycéré :

Teinture d'iode..... 4 grammes
Glycerine..... 40 —

Pour pansements intra-laryngiens.

Iode..... 0 gr. 20
Iodure de potassium.... 2 grammes
Glycérine..... 20 —
Pour badigeonnages du pharynx,

Huile :

Iode..... 1 gramme
Huile de foie de morue. 1000 —
2 cuillerées à soupe par jour.
(Scrofule).

Lavement :

Teinture d'iode.....	X à XX gouttes
Iodure de potassium.	0 gr. 50
Eau.....	250 grammes

Dysenterie chronique.

(Delioux de Savignac)

Pommade :

Iode.....	1 gramme
Vaseline.....	30 —

Sirops :

Sirop iodo-tannique :

Iode.....	1 gramme
Alcool à 90°.....	2 —
Sirop de ratanhia.....	988 —

Renferme le millième de son poids d'iode. Une cuillerée à bouche à chaque repas (scrofule emphyselme, artério-sclérose).

Chez les enfants :

de 0 à 15 mois	2 à 5 grammes
de 15 mois à 3 ans	5 à 10 —
de 3 ans à 5 ans	10 à 15 —
de 5 ans à 10 ans	15 à 20 —

Sirop de raifort iodé ou sirop antiscorbutique iodé :

Iode.....	1 gramme
Alcool à 90°.....	15 —
Sirop de raifort iodé...	985 —

Contient 0 gr. 002 d'iode par 20 grammes. Une cuillerée à soupe à chaque repas,

Même posologie que pour le sirop iodo-tannique.

Solutions :

Solution de Lugol :

Iode.....	0 gr. 20
Iodure de potassium.....	0 gr. 40
Eau.....	1 litre.

Un verre à Bordeaux contient 0 gr. 012 d'iode.

Réservée pour l'usage interne. (Antidote des empoisonnements par les alcaloïdes).

On peut rendre cette solution gazeuse au moment de l'emploi en versant dans le verre un mélange de 0 gr. 15 de bicarbonate de soude et de 0 gr. 15 d'acide citrique.

Iode..... } Iodure de potassium. }	àà 5 grammes
Alcool.....	50 —
Eau.....	60 —

Usage externe.

(Codex)

Teintures :

La teinture d'iode du Codex s'altère facilement il s'y produit de l'acide iodhydrique et un peu d'éther. On peut s'assurer qu'elle contient ou non de l'acide iodhydrique en l'étendant d'eau, la teinture d'iode ne précipite pas quand elle renferme de l'acide iodhydrique.

On peut formuler à la place de la teinture d'iode du Codex, pour l'usage externe, une soluté pur stable.

Iode métallique.....	0 gr. 50
Alcool à 96°.....	9 gr. 50

(Brissemoret et Joanin).

Teinture d'iode... } Tannin..... }	àà 40 grammes
Glycérine.....	150 —

(Chéron)

Pour imbiber des tampons vaginaux.

Teinture d'iode.....	25 grammes
Gaiacol.....	3 —

Pour badigeonner dans les pleurésies.

Teinture d'iode.....	15 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 50

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Jurisprudence médicale. — Le tribunal correctionnel de Saint-Lô, vient de rendre son jugement dans l'affaire d'homicide par imprudence dont fut victime, en novembre dernier, M. Gouet, attaché au ministère de la marine Paris, à la suite de l'absorption d'un médicament qu'il avait emporté avec lui

M. Gouet, était venu passer deux mois de congé chez ses enfants à Saint-Lô afin de rétablir sa santé ébranlée, et le médicament en question lui avait été délivré dans la pharmacie D..., de Paris, sur une ordonnance de M. T..., docteur-médecin, habitant également à Paris.

Mais, par une erreur fatale, au lieu d'un purgatif qu'il avait l'intention d'ordonner, le médecin avait écrit sur son ordonnance : « 20 centigrammes de teintures de Baumé à prendre dans une tasse de thé. »

Ce poison fut absorbé par M. Gouet conformément aux prescriptions de l'ordonnance et le malheureux tomba aussitôt foudroyé dans les bras de sa femme.

Le médecin, auteur principal de l'erreur, le propriétaire de la pharmacie qui avait livré le médicament et l'aide qui l'avait préparé étaient donc poursuivis comme auteurs par imprudence de la mort de M. Gouet.

Le tribunal a condamné le médecin, M. T... à 500 francs d'amende et 7.500 francs de dommages-intérêts ; le pharmacien, M. D..., à 400 francs d'amende et 6.000 francs de dommages-intérêts, et enfin l'aide-pharmacien, à 100 francs d'amende.

La médecine au Parlement français. — *Les aliénés criminels.* — La Commission de la révision de la loi de 1838 sur les aliénés a décidé, sur la proposition de M. Cruppi, son président, de détacher du projet d'ensemble qu'elle a élaboré, le titre relatif aux aliénés criminels et d'en faire l'objet d'un projet de loi spécial pour lequel on demandera à la Chambre une mise à l'ordre du jour assez prochaine, qui n'aurait pu être obtenue pour le projet entier.

La Commission estime qu'il y a nécessité de faire régler le plus promptement possible cette question.

Il s'agit d'établir une réglementation légale, notamment pour le cas des aliénés criminels qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement comme irresponsables, en confiant à la Chambre du Conseil du Tribunal, la mission de décider si l'aliéné devra être interné et de statuer sur la mise en liberté ultérieure, de façon de supprimer l'arbitraire administratif.

La réduction de la taxe des chevaux et voitures de médecins à partir de 1900. — Grâce aux efforts persévérants de M. Dron, député du Nord, la taxe pleine appliquée aux chevaux et voitures des médecins va être réduite, dès cette année, de moitié.

Résultats curatifs obtenus dans la tuberculose pulmonaire à la Charité (de Berlin) au cours des dix dernières années. — La conférence faite le 8 mars par Schaper contient une statistique dans laquelle est consigné un résultat fait pour surprendre le nombre des tuberculeux non améliorés à l'ancien hôpital de la Charité se monte en moyenne à 1,8 0/0 pour la période de 1889-1898, alors qu'à l'Institut pour maladies infectieuses ce chiffre atteint 11 0/0.

A quelle cause attribuer cette différence alors que toutes les mesures recommandées par l'hygiène sont minutieusement prises à l'Institut? Comment admettre que dans un vieux bâtiment comme celui de la Charité, on obtienne des résultats que jamais aucun sanatorium n'a pu atteindre? Il est probable que l'on a dû faire une sélection sévère à l'entrée et évacuer les malades au premier symptôme d'aggravation, selon une méthode aujourd'hui classique. Mais il nous semble qu'un établissement hospitalier aussi célèbre que celui de la Charité de Berlin ne devrait pas emprunter aux hôteliers leurs procédés d'amélioration des statistiques.

BIBLIOGRAPHIE

Prophylaxie des maladies évitables. — Guide pratique à l'usage des Instituteurs et Secrétaires de Mairie, par le Dr Bedoin, médecin-major de 1re classe, avec une préface de M. le professeur Brouardel, un volume in-18, prix **2** fr. **50**. *Société d'Editions Scientifiques.*

A part une très faible minorité, le Français, en général, surtout la population des petites villes et des campagnes est d'une profonde ignorance en fait de prophylaxie des maladies épidémiques ; tout au moins n'a-t-on d'ordinaire, en province, que les notions plus vagues, sinon les plus erronées à propos des acquisitions récentes de la science dans ce domaine, ainsi que des règles pratiques auxquelles elles ont donné lieu.

Or les pouvoirs communaux étant légalement investis, dans le plus infime village montagnard comme dans les plus grands centres, du devoir d'assurer la salubrité publique, une telle situation représente une sorte d'impasse. Comment en sortir ou, en d'autres termes qui mettre au courant de ces indispensables données, à côté du maire, en droit, seule autorité officielle, mais en fait personnage instable ? M. Bedoin a songé a s'adresser au *secrétaire de mairie*, employé irresponsable il est vrai aux yeux de la loi municipale, mais, dans la pratique et par définition, factotum administratif local auprès de qui, en matière d'édilité, il est d'usage d'aller se renseigner, et dans les attributions duquel sont placées les archives communales, où se classent les documents ministériels et préfectoraux relatifs à la salubrité publique.

Presque partout à la campagne c'est l'instituqui remplit ces modestes, mais utiles fonctions et à ce titre il était déjà tout naturel que l'auteur rédigeât pour lui l'abrégé dont il avait conçu le projet. Mais d'autre part et avant tout, l'enseignement public constitue, dans la commune, son principal devoir professionnel, et cela non seulement à l'école primaire vis-à-vis des enfants confiés à ses soins, mais encore dans les cours d'adultes qui se répandent de plus en plus et qu'il importe tant d'encourager. Il n'est pas jusqu'aux parents mêmes de ses élèves qu'il ne soit éventuellement à même d'instruire des choses de l'hygiène, à l'occasion des fréquents rapports de la vie journalière, surtout dans les villages et petites villes. C'est dire la portée presque indéfinie que son action morale peut acquérir.

Dans le but de lui en donner les moyens. M. Bedoin s'est appliqué à résumer sous une forme brève et élémentaire les règles à suivre pour se préserver des maladies « évitables », en commençant par l'exposé succinct des *notions préliminaires* susceptibles de faire comprendre les précautions et mesures prophylactiques sanctionnées par l'expérience, dont la plupart sont du reste administrativement exécutoires. Un chapitre est consacré à l'*hygiène* préventive (publique et privée) ; un autre au *vaccinations* ; un troisième à l'*isolement* ; un quatrième à la *désinfection*. Enfin, dans un cinquième et dernier, l'auteur a groupé, à propos des principales affections contagieuses, les *règles de prophylaxie spéciales* à chacune d'elles.

Ainsi conçu, ce petit livre est, selon l'expression de M. le professeur Brouardel, un vademecum qui sera utile à tous, et particulièrement aux autorités communales.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE
(Paris, 26, 27 et 28 juillet 1900)

Ce Congrès, institué par arrêté de M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, en date du 11 juin 1899, a été organisé sur l'initiative de l'*Association de la Presse médicale française*, qui, dans sa séance du 4 novembre 1897, a décidé de convoquer, quelques jours avant l'ouverture du *Congrès international des sciences médicales*, tous les représentants de la Presse médicale française et étrangère à une réunion générale où seraient discutés les intérêts moraux et matériels de notre profession.

L'idée première de cette réunion est née en 1894, pendant les premières séances du *Congrès international des sciences médicales*, à Rome. Sur l'initiative de M. Marcel Baudouin, de Paris, et de M. le professeur C. Posner, de Berlin, les journalistes médicaux présents au Congrès avaient formé le projet de créer une *Association internationale de la Presse médicale* ayant, entre autres objets, celui de favoriser le rôle des journalistes médicaux pendant les grands Congrès.

D'autre part, à ce même Congrès de Rome, M. le docteur Dobrzycki faisait, dans la dernière séance générale, une proposition tendant à ce qu'il soit annexé une section spéciale de la Presse médicale aux autres grandes sections des Congrès internationaux de médecine.

Dans le *Comité international provisoire* nommé par l'assemblée générale du 4 avril, M. le docteur Laborde (de Paris), désigné comme Président de ce Comité, et M. Marcel Baudoin reçurent la mission — en raison de l'existence d'une Association de Presse médicale en France — de rédiger un projet de statuts pour le futur Comité international de la Presse médicale. Ce projet a été adopté par la susdite Association, dans sa séance du 6 juillet 1894.

Une première réunion, organisée par les représentants de l'*Association de la Presse médicale française* et de la *Freier Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse*, devait avoir lieu à Bruxelles, au printemps de l'année 1896. Elle fut finalement, après de longs pourparlers, reportée au Congrès de Moscou de 1897.

A Moscou, les membres de la Presse médicale, faute d'entente préalable suffisante, se trouvèrent dispersés, isolés, distraits, d'ailleurs, par une besogne professionnelle écrasante et ne purent que se donner rendez-vous à Paris, en 1900.

Le Comité a pensé que l'heure était venue de réaliser ce besoin de groupement des membres de la profession, affirmé déjà dans maintes circonstances, et que la présence de ceux-ci en grand nombre à Paris, à l'occasion du Congrès international de ménecine comme de l'Exposition universelle, fournirait une occasion particulièrement favorable à cette réalisation.

Les délibérations de la Commission d'organisation du Congrès, instituée par le Commissaire général de l'Exposition, ont fait naître un certain nombre de conceptions nouvelles qui ont permis d'agrandir considérablement le cadre primitif dans lequel s'étaient maintenus les promoteurs de la réuniou de 1894, lesquels visaient surtout une bonne organisation du reportage médical au cours des Congrès internationaux.

L'exemple des réunions internationales de la Presse politique a fait entrevoir tout le bénéfice que retirerait notre profession d'une entente commune sur un certain nombre de points qui nous intéressent tous. Enfin, la constitution d'une Association de la Presse médicale est apparue, comme devant entraîner, pour les intérêts moraux et matériels du journalisme médical et pour l'accroissement de sa légitime influence taut sur le public médical que sur la mise en valeur de la littérature scientifique, sur l'organisation des Congrès périodiques, etc., une foule d'avantages dont on s'est privé jusqu'ici, faute de n'être jamais concertés à ce sujet.

Ce premier *Congrès international de la Presse médicale* aura donc à aborder un grand nombre de questions entièrement neuves, parfois délicates, pour l'étude desquelles nous devons faire appel au concours de toutes les bonnes volontés.

Parmi les sujets qui feront l'objet des discussions du Congrès, deux surtout, par leur importance, sollicitent particulièrement l'attention :

1° Opportunité de la fondation d'une *Association internationale de la Presse médicale* et conditions dans lesquelles fonctionnerait cette Association ;

2° Application des principes de la protection de la propriété littéraire à la protection de la littérature médicale.

Sur la première question, des rapports seront fournis par des personnalités que leur comp

tence désignait tout spécialement pour cette étude : MM. Laborde (Paris), C. Posner (Berlin) et Rubino (Naples),

Ces trois rapports seront publiés avant l'ouverture du Congrès et adressés à tous les adhérents.

Sur la deuxième question, des rapports seront fournis par MM. de Maurans, Pouillet et Rochet (Paris), et publiés dans les mêmes conditions.

D'autres questions encore sont déjà soumises, qui seront vraisemblablement le thème de discussions fructueuses : Unification de la terminologie technique pour les indications bibliographiques ; extension aux journalistes médicaux d'un certain nombre de privilèges matériels accordés à la Presse politique ; réglementation du droit de reproduction ; conditions générales du service des échanges : représentation des journaux médicaux à l'étranger ; rôle de la Presse médicale dans l'organisation et la mise en œuvre des Congrès, etc.

Les réunions du Congrès de la Presse médicale précéderont immédiatement l'ouverture du *Congrès international de médecine* et coïncideront avec la fin du *Congrès de déontologie médicale de médecine professionnelle*, de façon à faciliter son accès aux journalistes médicaux amenés à Paris pour l'un ou l'autre de ces deux derniers Congrès.

Des réceptions amicales, des fêtes, des visites d'établissements intéressant le fonctionnement de la Presse médicale à Paris seront organisées pour les congressistes.

Les personnes qui désirent faire une communication, sont instamment priées d'indiquer le plus tôt possible et au plus tard le 1er juin 1900, le titre de leur étude au Secrétaire général ; elles devront en envoyer en même temps un extrait succinct, ne dépassant pas une ou deux pages d'impression, qui sera imprimé (traduit en français) et distribué dans l'auditoire au début de la séance où sera lu le travail par son auteur, afin d'en faciliter la discussion.

Le bureau de la Commission d'organisation : Professeur Cornil, sénateur, *président* ; Dr Laborde, *vice-président* ; Dr Lucas-Championnière, *vice-président* ; Dr R. Blondel, *secrétaire général* ; Dr Cézilly, *trésorier*.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Récentes Publications

LES MOUVEMENTS METHODIQUES ET LA " MÉCANOTHÉRAPIE "

Par le Dr **F. LAGRANGE**, lauréat de l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

1 volume in-8°, avec 55 gravures dans le texte..... **10 fr.**

GENÈSE & NATURE DE L'HYSTÉRIE

Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris

2 volumes grand in-8°..... **20 fr.**

L'AUDITION ET SES ORGANES

par le Dr **E. GELLÉ**, 1 volume in-8°, avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **6 fr**

NÉVROSES ET IDÉES FIXES

PAR

le Dr **F. RAYMOND**
Professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière

le Dr **Pierre JANET**
Directeur du Laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
Chargé du Cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne

I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire ; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le docteur **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 68 fig, dans le texte..... **12 fr.**

II. *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par les docteurs **F. RAYMOND** et **Pierre JANET**. 1 vol. gran. in-8°, avec 97 fig. dans le texte..... **14 frd**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**

olume grand in-8°, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **25 fr**

TRAVAUX ORIGINAUX

DES CRISES GASTRIQUES TABÉTIQUES [1].

Par M. Mathieu, *médecin à l'Hôpital Andral.*

Je désire profiter de la présence actuelle dans le service de deux malades atteintes, l'une et l'autre de crises gastriques tabétiques, pour vous dire quelques mots sur cette affection intéressante à tant de points de vue divers. Nous avons déjà observé ici un grand nombre de cas semblables, et l'on peut considérer, en somme, les crises gastriques du tabès comme assez fréquentes. Elles passent néanmoins souvent inaperçues, car, malgré les importants travaux dont elles ont été l'objet depuis de longues années, et sur lesquels nous allons revenir tout à l'heure, elles sont généralement peu connues des médecins qui ne se sont pas, comme nous, appliqué d'une façon spéciale à leur étude. Les uns sont absolument déroutés par les difficultés parfois très considérables du diagnostic, et nous adressent les malades de ce genre sous la rubrique un peu trop vague de « crises gastriques anormales ». D'autres, par contre, faisant preuve d'une sorte de zèle intempestif en l'espèce, nous proposent comme crises gastriques tabétiques des troubles de l'estomac dus à toute autre cause qu'à la maladie de Duchesne, de Boulogne. Le sujet que je vais traiter devant vous n'est donc point banal. D'autre part, étant donnée l'incurabilité reconnue du tabès, la question de savoir si cette redoutable maladie est en jeu, est extrêmement importante au point de vue du pronostic à formuler dans les cas de crises gastriques. Enfin, le traitement palliatif assez efficace que l'on oppose à cet état mérite également de fixer votre attention. Pour toutes ces raisons, l'affection qui va nous occuper constitue l'un des plus intéressants points de la pratique des maladies de l'estomac.

Les crises gastriques tabétiques, autrefois rangées parmi les gastralgies essentielles, affections rares dont le domaine se restreint de plus en plus, ont été pour la première fois nettement mises en évidence et décrites d'une façon classique par Charcot; elles furent ensuite étudiées par plusieurs auteurs, et notamment analysées au point de vue symptomatique avec beaucoup de précision par M. Fournier, cet observateur ayant été tout naturellement amené à les considérer dans ses recherches sur les relations existant entre la syphilis et le tabès, pour lesquelles il examina un nombre très considérable de sujets à la période préataxique : vous savez qu'il est un de ceux qui ont fourni le plus d'arguments démontrant que si le tabès n'est pas de la nature de la syphilis, puisqu'il résiste au traitement spécifique, tout au moins est-il généralement consécutif à cette maladie. D'après Charcot, voici comment les crises gastriques se développent, en général, chez les individus atteints de tabès : ceux-ci commencent par avoir des douleurs fulgu-

(1) Leçon professée à l'hôpital Andral, le 18 mai 1900, recueillie par le Dr Laporte.

rantes, très intenses, dans les membres inférieurs, quelquefois, mais rarement, dans les supérieurs, assez souvent des douleurs en ceinture, sur les parois latérales du thorax : ces douleurs acquièrent une acuité extrême et se localisent au niveau du creux épigastrique ; les malades accusent une sensation extrêmement pénible de compression, puis de torsion, de « tortillement », d' « arrachement » de l'estomac. Ces crises s'accompagnent de véritables hurlements de douleur, et aboutissent très souvent à des vomissements ; ceux-ci sont d'abord alimentaires, puis glaireux et finalement bilieux, comme cela se produit toujours, lorsque les efforts de régurgitation persistent après l'évacuation complète de l'estomac, la bile *refluant* alors du duodénum vers le pylore. Durant ces crises, les sujets sont incapables de rien absorber, ils rejettent immédiatement tout ce qu'on leur donne. Le vomissement entraîne une déshydratation considérable qui est pour eux une cause de diminution de poids et d'affaiblissement marqué. Mais il est à remarquer qu'il s'ensuit un soulagement immédiat, sans qu'on puisse toujours invoquer, pour l'expliquer, l'expulsion de matières irritantes, fermentescibles ou acides (hyperchlorhydrie). La crise se termine ainsi brusquement et les malades semblent parfaitement guéris, ont l'appétit notablement exagéré et digèrent admirablement, à tel point qu'on pourrait croire à une simulation de leur part. Telle est la crise gastrique typique, dont la durée est de trois ou quatre jours. Dans l'intervalle des crises, les malades ont simplement des troubles dyspeptiques.

Ces crises présentent un certain nombre de variétés cliniques, dont Charcot avait distingué cinq catégories : la première était caractérisée par l'intensité insolite des douleurs ; le malade avait des vomissements considérables et répétés, tombait dans le collapsus et pouvait mourir, tué par la douleur, l'inanition et la déshydratation comme dans le choléra. Cette terminaison doit être très rare ; je ne l'ai jamais observée pour ma part. Dans la deuxième catégorie, il s'agissait de malades ayant des douleurs « crampoïdes », sans vomissements : c'est ce que Fournier a appelé les « crises à sec ». Puis venaient des malades présentant des vomissements moins abondants avec des douleurs plus marquées. Enfin les deux derniers groupes se rapportaient aux crises *quotidiennes* et aux crises *prolongées*. Il est nécessaire d'attirer tout spécialement votre attention sur ces dernières ; les crises prolongées me paraissent intimement liées à l'usage de la morphine.

Vous nous voyez employer couramment ce moyen. Pourquoi ? Tout simplement parce que c'est le seul qui réussisse à calmer les douleurs atroces de ces malades, et que, dans la circonstance actuelle, l'indication primordiale est de faire cesser la crise le plus rapidement possible. Mais voici ce qui se passe chez un certain nombre d'entre eux : la piqûre les calme et leur procure un bien-être réel, mais sitôt que la médication est suspendue, leur appréhension du retour prochain de la crise est telle, ils s'analysent si minutieusement, guettant avec angoisse les signes prémonitoires de la douleur, que cette expectation suffit à elle seule pour créer un véritable état de crise.

Il arrive de la sorte que la morphine finit par entretenir leurs douleurs, ainsi que le démontrent certains faits dans lesquels la démorphinisation du sujet les a fait disparaître. C'est sous l'influence de l'administration de la morphine que les crises se rapprochent et se prolongent ; elles deviennent quotidiennes ou même bi-quotidiennes, et, au lieu de durer deux ou trois jours de suite, persistent pendant vingt, trente jours, et davantage ; la crise dura neuf mois consécutifs dans un cas de Bensard (ce fait est considéré comme douteux quant à sa nature). C'est donc là un grand inconvénient du traitement par les injections morphinées.

L'existence de ces crises prolongées soulève aussi une autre question intéressante à élucider, celle du diagnostic. On pourrait penser que celui-ci est plus facile dans les cas de ce genre, parce que, arrivé à une certaine période, le tabès se révèlerait par des signes faciles à reconnaître ; il n'en est rien. La maladie peut demeurer pendant très longtemps presque latente, à l'état de *tabès restreint*, tandis que se succèdent les crises gastriques. Je vous en citerai deux exemples remarquables.

Nous voyons de temps à autre à la consultation de cet hôpital, une femme âgée d'environ 41 ans, atteinte de crises gastriques tabétiques. Depuis trois ans que je l'observe, son tabès, consistant uniquement en troubles papillaires et quelques douleurs fulgurantes, n'a pas fait le moindre progrès. Or, cette malade, syphilisée à 19 ans 1/2, a eu ses premières crises à 20 ans 1/2 ; elles durent donc depuis vingt ans. Le fait suivant est encore plus surprenant : je voyais, il y a quelque temps, en ville, sur la demande d'un de mes confrères, un vieillard de 71 ans qui, depuis 1870, c'est-à-dire depuis 30 ans, a des crises gastriques sans phénomènes apparents de tabès.

J'arrive à l'histoire de nos deux malades. La première est une jeune femme de 38 ans, exempte de stigmates d'hystérie et de nervosisme, mais suspecte de syphilis (céphalée frontale intense, surtout nocturne, à l'âge de vingt ans, puis chute des cheveux). Sa première crise gastrique aurait eu lieu il y a dix ans, au printemps de 1890, s'accompagnant de vomissements sans efforts, et d'états nauséeux, ayant duré environ trente-six-heures, période pendant laquelle survinrent quinze vomissements successifs. En 1893, nouvelle crise durant un jour. En 1894, crises quotidiennes pendant huit jours. En 1895, crises durant quinze jours. En 1896, crises prolongés pendant deux mois. En 1899, elle est venue ici passer cinq semaines, à la fin d'une crise qui durait depuis trois semaines. On la traita avec succès par l'administration de l'*eau chloroformée*, dont nous usons fréquemment, *largâ manu*, dans les différents ordres d'affections gastriques s'accompagnant de vomissements, de douleurs et de malaises. L'eau chloroformée saturée, diluée à parties égales ou aux deux tiers, est un moyen inoffensif et *infaillible* d'enrayer les vomissements. Nous nous servons aussi, plus rarement, d'eau bromoformée.

Cette malade est actuellement au cours d'une nouvelle crise prolongée, caractérisée essentiellement par des nausées et des vertiges ; elle ne souffre que lorsqu'elle vomit. Je tiens à attirer votre attention sur les circonstances dans lesquelles a pris naissance cette dernière crise. Cette femme était au service d'un célibataire malade, cardiaque et albuminurique, qui avait la nuit de terribles accès de dyspnée, pendant lesquels elle était obligée de veiller. Cet homme mourut il y a quelque temps, et sa bonne, dont la santé était déjà profondément ébranlée par le surmenage qu'elle s'était imposé, tomba dans les soucis de l'existence et les inquiétudes du lendemain : c'est alors que s'accentua la crise, et quelques jours plus tard, elle entrait à l'hôpital. Ceci montre qu'un certain nombre de phénomènes exterieurs sont susceptibles de provoquer ou d'exagérer les crises gastriques, tout aussi bien que les autres phénomènes sensitifs ou moteurs du tabès. Cette malade est d'ailleurs nettement tabétique : elle a du strabisme, sa pupille droite est notablement plus dilatée que la gauche, ses réflexes lumineux et rotuliens absents. Elle ne présente pas de troubles de la marche.

Aucun moyen thérapeutique n'a pu améliorer son état, à l'exception des injections morphinées. Grâce à celles-ci, nous avons pu faire cesser momentanément les vomissements, quelquefois durant une journée entière, ce qui a permis à la malade de s'alimenter. L'administration de la morphine par la voie hypodermique peut donc rendre des services dans ces cas, mais il ne faut pas oublier les dangers de l'accoutumance à ce médicament.

La seconde malade est une femme de 52 ans, dans les antécédents de laquelle nous ne trouvons aucune trace de syphilis. Elle a eu sept grossesses dont une, la cinquième, s'est terminée par une fausse-couche à trois mois. Les deux dernières grossesses ayant été bonnes, nous ne pouvons imputer l'unique fausse-couche à la syphilis. Les phénomènes gastriques et peut-être tabétiques paraissent avoir débuté il y a quatre ans, c'est-à-dire à l'époque de la ménopause. Elle a eu des douleurs fulgurantes, des élancements, dans les membres inférieurs ; elle ne présentait pas le dérobement des jambes considéré comme le premier signe du tabès, mais un certain degré de raideur des membres inférieurs gênant sa marche. En octobre 1896, apparaissaient des douleurs épigastriques avec irradations dans les parois latérales du thorax, puis un état nauséeux et des vomissements incoërcibles : cette crise dura vingt jours à peu près. Depuis cette époque, tous les trois ou quatre mois se reproduisaient des crises semblables, durant de huit jours à trois semaines.

Il existe chez cette femme une coloration générale bronzée des téguments rappelant celle de la maladie d'Addison, et qui paraît être en rapport avec le tabès (troubles trophiques ayant leur point de départ dans l'innervation du grand sympathique).

Cette malade se présente avec un amaigrissement notable et un relâchement des parois du ventre qu'expliquent suffisamment ses multiples grossesses. On est frappé en l'examinant de l'état de ptose considérable de ses viscères abdominaux : les deux reins sont mobiles, surtout le droit ; l'estomac, très dilaté, se vidant lentement, est fortement abaissé dans la région pylorique, ce qui se démontre nettement en faisant absorber à la malade un mélange gazogène (bicarbonate de soude et acide tartrique) de façon à insuffler temporairement cet organe.

Je me suis tout d'abord demandé, en présence de ces ptoses, si ce n'était pas là l'unique cause des crises douloureuses et des vomissements éprouvés par cette femme. Il n'est pas rare, en effet, de voir les individus atteints de ptoses des reins ou de l'estomac, sous l'influence de la fatigue, du surmenage, des chagrins ou d'une alimentation peu appropriée à leur état, presenter des symptômes d'intolérance gastrique, des troubles dyspeptiques douloureux, des vomissements qui sont favorisés et entretenus ou exagérés par le déplacement des organes. J'ai alors, ainsi que nous avons l'habitude de le faire en pareil cas, soumis la malade à l'*épreuve du lit*. Cette méthode consiste à prescrire le repos absolu au lit pendant une quinzaine de jours. Il arrive que la position horizontale prolongée amène des améliorations imprévues que ne donne aucun autre procédé. Cette malade fut donc mise au lit ; elle y séjourna trois semaines et le résultat fut des plus satisfaisants. Malheureusement, il dura peu ; quelque temps après, la malade revenait à l'hôpital, et nous nous posâmes alors la question du tabès. Nous ne pûmes constater de cette maladie que des signes peu décisifs : les pupilles paraissaient inégales ; le réflexe patellaire était affaibli du côté gauche, plutôt exagéré du côté opposé ; la malade éprouvait de temps à autre une certaine lenteur dans la miction. La malade ressortit améliorée, puis revint le 4 avril dernier, en proie à une crise extrêmement douloureuse et prolongée qui n'a pris fin que vers le 17 mai. Détail particulier : elle a attiré notre attention sur une sensation de constriction et de pesanteur très marquée du côté du rectum, accompagnées de selles diarrhéiques. Aujourd'hui les signes du tabès sont évidents ; on constate du strabisme, la chute de la paupière supérieure, une pupille punctiforme, indifférente à la lumière, une absence complète des réflexes tendineux.

Nous avons de nouveau obtenu une certaine amélioration en appliquant le traitement des ptoses, c'est-à-dire le repos absolu au lit. Il est intéressant de faire remarquer, à ce

point de vue, que même en admettant que la crise soit sous la dépendance directe du tabès, il n'est pas moins vrai que tous les troubles irritatifs qui se produisent dans la zône gastrique sont de nature à la provoquer, à la maintenir et à l'exaspérer. On conçoit parfaitement qu'une incitation nerveuse puisse répondre au tiraillement répété des extrémités nerveuses émanant du plexus solaire, survenant chez les ptosiques sous l'influence des marches fatiguantes, de la station debout trop longtemps conservée, et qu'une crise gastrique en puisse résulter. L'efficacité du traitement par le repos horizontal en est une preuve manifeste. Notons, en passant, que quelques jours avant d'avoir sa crise, cette malade avait voulu reprendre ses occupations et s'était sérieusement fatiguée.

A côté de cette cause il convient de placer l'irritation produite par l'ingestion d'une grande quantité d'iodure de potassium, fait fréquent qui a été signalé par M. Hayem. Cet observateur a remarqué que l'administration de fortes doses de ce médicament rapprochait les crises, les rendaient plus intenses et plus longues. Toute substance irritante aurait le même effet. Lorsque, au contraire, on supprime l'ingestion de tout médicament, particulièrement de l'iodure de potassium, qu'on prescrit aux malades un régime calmant, le repos complet, on voit les crises devenir plus rares et moins douloureuses. Il est vraisemblable de supposer que le déplacement des organes agit d'une façon analogue à celle des médicaments, en irritant mécaniquement l'estomac. Il y a donc là, en même temps qu'une explication plausible des faits observés, une indication facile à remplir pour y porter remède dans la plus large mesure possible.

SULFHYDROTHERAPIE ANTIMICROBIENNE

par le Dr de Lada Noskowski, de Marseille

L'expérience de très longues années nous a fait observer que, dans toutes les circonstances, où l'acide sulfhydrique se trouve dans l'air en quantités appréciable, il y a immunité pour les maladies contagieuses et épidémiques; en un mot que l'hydrogène sulfureux préserve de l'infection. Cette proposition paraît de prime abord un non sens, puisque l'acide sulfhydrique se dégage dans les endroits où les corps organiques pourrissent et c'est contre lui, que l'on appelle « gaz méphitique » que s'acharnaient les hygiénistes. Aujourd'hui il est prouvé que l'acide sulfhydrique est produit par les bactéries anaérobies, pour réfréner la pullulation des aérobies.

Les causes de l'infection sont les bactéries pathogènes, qui presque toutes sont aérobies : certaines d'elles peuvent vivre anaérobiquement dans un milieu dépourvu

d'oxygène ; mais dans l'organisme vivant, dont l'oxygène libre est la condition dominante elles vivent en aérobies. C'est-à-dire que toutes les bactéries pathogènes ont besoin d'oxygène libre. Si elles en sont privées, elles disparaissent ou elles cessent d'être pathogènes.

Si, par un artifice quelconque, la quantité d'oxygène libre que l'organisme contient était réduite au strict nécessaire pour que la vie puisse continuer, l'organisme deviendrait un milieu de culture tout à fait défavorable pour les bactéries pathogènes.

La sulfhydrothérapie a réussi a réaliser cette condition. L'acide sulfhydrique excessivement avide d'oxygène libre ou faiblement combiné, s'en empare pour se décomposer lui-même en eau et en soufre selon la formule :

$$H^2S+O=H^2O+S$$

Il aurait été trop téméraire d'administrer aux malades un agent aussi redoutable que l'acide sulfhydrique sans être absolument sûr de son innocuité, à une dose et dans des circonstances connues et déterminées. Nous avons donc entrepris une longue série d'expériences sur les animaux en leur transfusant sous la peau des quantités exactement déterminées d'acide sulfhydrique en dissolution dans le sérum artificiel. De ces expériences nous avons pu conclure que jusqu'à 25 milligrammes par chaque kilogramme de l'animal vivant, l'acide sulfhydrique ne produit aucun effet physiologique. Passé cette quantité, on observe les troubles respiratoires et circulatoires de plus en plus prononcés et qu'une quantité plus élevée que 35 milligrammes par kilogramme occasionne toujours la mort par l'asphyxie. Après ces expériences, l'application sur le malade, bien timide d'abord, puis de plus en plus hardie, a été couronnée de succès. L'expérience a prouvé : que les doses thérapeutiques n'atteignent pas un dixième de la dose physiologique ; que l'acide sulfhydrique se décompose très rapidement dans le corps; qu'il ne peut pas s'accumuler et que par conséquent il est absolument inoffensif et infiniment moins dangereux que les alcaloïdes par exemple et que la plupart des agents thérapeutiques actifs que nous employons journellement.

Le traitement sulfhydrique, vieux comme le monde, n'a pas pu prendre le développement qu'il mérite à cause de l'instabilité de l'acide sulfhydrique et des sulfures. Cette facilité de décomposition est telle que chaque fois que le flacon les contenant est débouché le titre en acide sulfhydrique baisse, au point qu'on finit par ne plus savoir ce qu'on donne au malade. L'odeur infecte de l'acide sulfhydrique et le goût détestable des sulfures ont été aussi pour beaucoup dans le dédain des thérapeutes pour cette médication.

Nous avons réussi à supprimer ces deux inconvénients, d'abord en faisant administrer l'acide sulfhydrique en solution par le rectum, ensuite en assurant l'inaltérabilité d'un produit qui permet de préparer au moment de l'emploi une solution extemporanée d'acide sulfhydrique d'un dosage mathématique et toujours identique.

La solution concentrée de sulfhydrosulfure de sodium, exactement titrée, est renfermée dans des cartouches en paraffine hermétiquement closes.

Chaque cartouche produit une solution de 0 gr. 10 d'acide sulfhydrique, quand elle est écrasée dans une petite quantité d'eau, dans laquelle on a fait dissoudre préalablement une lentille d'acide tartrique qui neutralise exactement la soude d'une cartouche.

Cette solution est préparée dans un petit appareil gradué appelé « Microclyse. » C'est un flacon de 100 c.c. dont le bouchon est traversé par deux tubes en verre ; l'un qui descend jusqu'au fond et se continue par un long tube en caoutchouc avec une canule rectale, le second porte un insufflateur, pour propulser le liquide. En remplissant la microclyse d'eau jusqu'au zéro, en y faisant dissoudre une lentille et en y écrasant une

cartouche, on obtient une solution dont chaque centimètre cube correspond à un milligramme d'acide sulfhydrique : chaque division de la microclyse qui est de 5 c. c. représente donc 0 gr. 005 d'acide sulfhydrique. Une pince à pression posée sur le caoutchouc permet de l'ouvrir ou fermer à volonté et fractionner l'agent thérapeutique. L'eau doit être bouillie pour être privée d'oxygène et refroidie, car l'acide sulfhydrique bien soluble à froid, cesse de l'être à la température de 30°.

Les doses d'acide sulfhydrique que l'on peut sans aucune crainte donner en lavement et répéter, au besoin, toutes les deux heures, sont :

Chez un nouveau-né.....		10	milligrammes
De 2 à 6 mois.....	de 10 à	15	—
6 mois à 1 an.....	15	25	—
1 an à 2 ans.....	25	35	—
2 ans à 5 ans.....	35	50	—
5 à 8 ans.....	50	75	—
après 8 ans.....		10	centigrammes
Chez l'adulte.....	10 à	20	—

Dans le cas cas d'un danger extrême, comme : Diphtérie hypertoxique, granulie, bronchite capillaire chez un jeune enfant, on peut doubler et même tripler la dose en ayant sous la main un contre-poison en cas d'accidents axphyxiques, qui même avec ces doses triples sont tout tout à fait exceptionnels.

Cet antidote de l'acide sulfhydrique est la solution :

Iode.....	1 gramme
Iodure de sodium...	25 centigr.
Eau.....	100 grammes

La moitié de cette solution donnée en lavement fait cesser instantanément l'asphyxie en détruisant l'acide sulfhydrique selon la formule :

$$H^2S + I = H^2I + S$$

Dans les infections intestinales, l'acide sulfhydrique, en enlevant toute trace d'oxygène libre au contenu du gros intestin rend la vie des aérobies impossible et force les anaérobies facultatifs à vivre anaérobiquement c'est-à-dire à changer de nature et devenir inoffensifs. Aussi la sulfhydrothérapie triomphe de ces infections avec une prodigieuse facilité. Le choléra asiatique, les diarrhées et les dysenteries, de n'importe quelle provenance, guérissent quelquefois après le premier lavement et très rarement il en faut plus de six pour obtenir la guérison. Les infections intestinales, qui tuent tant de petits enfants, sont aussi toujours guéries par des quantités minimes d'acide sulfhydrique, pourvu que la médication commence avant que les lésions et les intoxications soient devenues irrémédiables.

Dans les fièvres typhoïdes, l'infection siège dans l'intestin grêle, la valvule de Bauhin ne permet pas au lavement d'y pénétrer, néanmoins ces fièvres traitées dès le début par la sulfhydrothérapie guérissent sans exception sans que la température atteigne 40°. On est rarement obligé de dépasser 10 lavements dont on donne trois par jour.

Dans les infections qui siègent dans le sang et la lymphe, l'acide sulfhydrique n'agit pas aussi directement. Absorbé par les vaisseaux de l'intestin, il désoxygène partiellement l'oxyhémoglobine et crée un milieu de culture où les bactéries ne peuvent pas vivre. Ainsi les varioleux traités par les lavements sulfhydriques, peuvent se lever et se nourrir pendant toute la durée de la maladie, qui guérit en 15 à 20 jours et exige de 15 à 20 lavements pris au début à 3 par jour.

La rougeole, la scarlatine, l'influenza n'ont jamais de complications si on les traite par 5 à 10 lavements, à 3 ou 4 par jour.

L'érysipèle et la malaria grave exigent de 20 à 30 lavements, un toutes les deux heures. Il est bon quelquefois de doubler les doses chez l'adulte.

Dans les infections localisées dans les tissus et parenchymes : phlegmons, phlegmasies, tumeurs, l'action de l'acide sulfhydrique se trouve considérablement réduite, elle est répartie dans toute la masse du sang et les organes malades n'en profitent que partiellement ; d'où la nécessité d'augmenter les doses, de les multiplier et de les rapprocher.

Quand l'infection a son siège dans le poumon ; outre la dissémination de l'acide sulfhydrique, intervient une nouvelle circonstance défavorable ; c'est l'apport continuel de l'oxygène et l'accélération de l'hématose pour contrebalancer l'action désoxygénante de l'acide sulfhydrique. Malgré cela la sulfhydrothérapie rectale est très efficace dans la coqueluche. Dans les pneumonies, ses effets sont habituellement très favorables, mais quelquefois il survient un dénouement fatal, surtout dans les pneumonies franchement infectieuses.

Dans la tuberculose un peu avancée, l'acide sulfhydrique en lavement, procure constamment l'amélioration, mais rarement la guérison.

Emus par cette insuffisance d'action nous avons eu l'idée d'administrer l'acide sulfhydrique par la voie bronchique et nous avons inventé un appareil « Inspirateur ». C'est un flacon de 250 cc., son bouchon est traversé par 3 tubes de verre, dont l'un, ouvert à ses deux extrémités descend au fond du flacon et sert pour fournir de l'air, dont l'autre, court, se termine par un embout respiratoire et dont le troisième court communique avec une burette graduée par un morceau de tube de caoutchouc, que l'on peut fermer ou ouvrir au moyen d'une pince à pression.

Pour faire fonctionner l'inspirateur, on introduit dans son flacon, un comprimé d'acide oxalique et assez d'eau pour que le tube plonge et que l'air barbotte dans le liquide. Dans un flacon *ad hoc* jaugé, on écrase une grosse cartouche et on met de l'eau jusqu'à la marque.

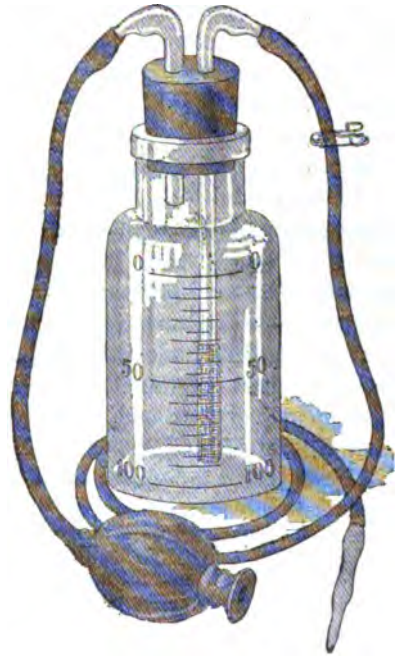
On verse le liquide ainsi obtenu dans la burette en quantité voulue ; en sachant que chaque division de la burette fournira un centigramme d'acide sulfhydrique. Généralement 5 centigrammes suffisent par séance, mais si la maladie est grave et le malade robuste on peut doubler la dose. En pressant sur la pince on laisse tomber dans le liquide acide de l'inspirateur, huit à dix gouttes de la solution de la burette et on aspire par l'embout autant de fois qu'il y a eu de gouttes versées. Les inspirations doivent être complètes pour porter l'agent thérapeutique jusque dans les vésicules pulmonaires. On renouvelle la même manœuvre jusqu'à ce que tout le liquide de la burette soit passé dans l'inspirateur. Une pastille d'acide oxalique décompose le sulfhydro sulfure d'une cartouche, on ne doit donc déboucher l'inspirateur que quand le liquide du petit flacon est usé.

Dans les infections aiguës comme la granulie, la pneumonie, la bronchite capillaire, on doit faire une séance d'inspiration toutes les deux heures. Dans les infections chroniques : la tuberculose, les catarrhes, les bronchites, ainsi que dans la coqueluche chez les grands enfants, trois à quatre séances d'inspiration par jour, suffisent. Dans les infections inflammatoires des premières voies : coryza, grippe, laryngite, extinction de voix, une ou deux séances d'inspiration suffisent habituellement. Dans les infections graves menaçantes, on augmente les chances de la guérison en alternant les inspirations avec les lavements sulfhydriques.

Dans la diphtérie, l'acide sulfhydrique constitue un traitement d'une efficacité sans pareille. Nous ne le préconisons pas dans le croup d'emblée, que le sérum Roux guérit

avec facilité ; mais dans la diphtérie associée, hypertoxique, streptococcique, où le sérum est plutôt nuisible, la sulfhydrothérapie triomphe. En raison du siège des bactéries dans une production pathologique qui ne participe pas à la circulation et où le médicament doit arriver par imbibition de proche en proche, on est souvent obligé de doubler et tripler les doses. Dans ce cas, il faut avoir sous la main la solution iodo-iodurée au 1/100e et s'en servir à la moindre menace de suffocation.

On multiplie les succès en pratiquant les inspirations sulfhydriques, si l'âge du malade le permet. En tout cas on a un excellent appoint au traitement dans le badigeonnage sulfhydrique. On écrase une cartouche dans un petit verre : au moyen d'un pinceau on imprégne la fausse membrane de sulfhydro sulfure de sodium ; ensuite on la badigeonne avec du jus de citron ou avec du vinaigre ; l'acide se combine avec la soude en produisant dans l'épaisseur de la fausse membrane l'acide sulfhydrique qui détruit les bactéries.



Si le traitement est commencé au début de la maladie et régulièrement poursuivi, la guérison est certaine. Elle peut même être obtenue quand le malade présente déjà les signes d'intoxication ptomaïnique : mais dans ces cas on doit recourir aux lavages du sang par les transfusions répétées de sérum artificiel.

***

Séduisante est la théorie antimicrobienne par la désoxygénation partielle de l'organisme au moyen de l'acide sulfydrique ; elle n'a pas été faite d'une seule pièce et même il a fallu marcher longtemps dans les ténèbres avant d'apercevoir les premières lueurs de la vérité. Il nous faudrait un volume pour suivre pas à pas le progrès et la filiation de l'idée première ; notre cadre restreint nous oblige à retracer rapidement les étapes qu'elle a parcourues

En 1867, étant préparateur de chimie à la Faculté des Sciences de Dijon, en même temps qu'étudiant en médecine, j'ai eu la première idée d'attaquer le principe morbifique des maladies, que je supposais vivant, comme Raspail et Déclat. Mais le camphre et l'assa fœtida de l'un, l'acide phénique de l'autre, n'ayant pas donné les résultats désirés, je cherchai parmi les oxydants les moyens de brûler ce principe causal. Mes expériences avec l'eau chlorée, avec l'iode, les chlorates et permanganates, loin de réussir m'ont donné des résultats lamentables et m'ont fait retomber dans le découragement de l'impuissance.

Quelques années plus tard, en voyant les vignerons traiter l'oïdium par le soufre, j'eus l'idée d'employer cet agent contre l'oïdium albicans des enfants. Le succès fut éclatant; je me servais de soufre précipité, c'est-à-dire à l'état de division extrême. Par analogie, j'ai étendu ce traitement à l'angine pseudo-membraneuse, et le succès, quoique un peu atténué, me suivit. Dans le muguet, la médication était locale; dans la diphtérie, l'action du collutoire au soufre précipité a été augmentée par la potion au foie de soufre, dont je faisais prendre de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour.

Quand, il y a une vingtaine d'années, le Dr Fontaine préconisa le sulfure de calcium dans le croup, j'adoptai cette préparation et j'en tirai des résultats excellents, mais j'eus aussi quelques graves mécomptes.

J'en demandai la raison à l'analyse chimique qui me démontra que pendant que les échantillons les plus actifs de sulfure de calcium officinal titraient 47/1000 de monosulfure-anhydre, les échantillons ayant donné des revers n'en contenaient que 7/1000. En n'employant, toutes les fois que je le pouvais, que les sulfures riches, je fus encore obligé d'en augmenter les doses, et de les porter jusqu'à 10, 15 et 20 grammes par vingt-quatre heures.

Je me suis alors demandé pourquoi et comment agissait le sulfure de calcium ?

Dans l'estomac, sous l'influence de l'acide libre du suc gastrique, de l'acide tartrique. du vin citrique, de la limonade carbonique, des boissons gaseuses, se dégage l'acide sulfhydrique, qui ne peut agir autrement qu'en se décomposant, en présence de l'oxygène de l'organisme, en soufre et en eau, et en détruisant en même temps cet oxygène.

En comparant cette déduction avec mes anciennes tentatives par les agents oxydants et surtout en connaissant la nature et la manière de vivre des bactéries et leur besoin absolu d'oxygène, je me suis aperçu que ma première idée médicatrice était bonne, à condition d'être complètement renversée; et que pour combattre l'agent morbifique, il ne fallait pas lui fournir de l'oxygène parce qu'il en vit, mais l'en priver autant que possible, pour diminuer sa vitalité, sa prolifération et le soumettre ainsi affaibli aux forces curatives de l'organisme.

Il était absolument impossible de garder comme la source unique de l'acide sulfhydrique ce sulfure de calcium qui, m'ayant servi comme point de départ, constitue encore actuellement plusieurs spécialités.

Outre la composition si variable du sulfure du calcium, bien d'autres causes militent contre lui : son goût détestable le fait refuser par la plupart des malades : son action trop souvent vomitive rend impossible l'alimentation du malade.

Ensuite c'est la circonstance défavorable du développement de l'acide sulfhydrique dans l'estomac, dont la surface est non absorbante. Le gaz ne peut pas passer dans l'intestin, où il serait absorbé, à cause de sa légèreté ; il s'échappe par l'éructation. Ainsi une faible partie de l'agent thérapeutique est utilisée, et son action défavorable diminue singulièrement son bon effet. Il fallait chercher à réaliser d'autres conditions plus avantageuses, que nous verrons dans un instant.

Comme je viens de le dire, la médication sulfhydrique fut d'abord employée par moi dans la diphtérie. Il m'arrivait fréquemment de guérir mon malade et de le perdre ensuite pendant la convalescence par l'intoxication spécifique mal connue et surtout irrémédiable. Après de vains efforts pour combattre cette funeste complication, j'eus l'idée de faire les lavages du sang par la transfusion du sérum artificiel et le résultat favorable a couronné mes efforts, comme vont le démontrer les deux observations suivantes :

1re Observation. — Le 6 novembre 1892 au soir, je fus appelé auprès de la petite Ucciani Joséphine, âgée de 7 ans 1/2. Elle était atteinte de diphtérie au sixième jour.

L'affection était pharyngo-nasale avec engorgement ganglionnaire.

Devant l'impossibilité de la déglutition, la somnolence, l'albuminurie abondante. Je prescrivis une potion de 150 grammes avec 10 grammes de sulfure de calcium et 2 grammes de Naphtol B, à prendre par cuillers à potage toutes les heures.

Le 7 novembre au matin, la potion a éte donnée régulièrement et non vomie, l'enfant n'a pas uriné de la nuit, elle est en typothymie. Lorsqu'on la secoue elle ouvre les yeux pour les refermer aussitôt, et le sfertor recommence : de temps à autre se produisent des contorsions convulsives des membres, Je continue la médication et je fais une transfusion de 60 grammes de sérum artificiel de la composition suivante :

Sulfate de soude.....	10 grammes
Chlorure de sodium.....	5 —
Eau bouillie.....	1 litre

A midi, seconde transfusion de 100 grammes. Le soir, la fillette ouvre les yeux et prononce quelques paroles : elle a rendu un bon verre d'urine très albumineuse.

La perspiration cutanée sent l'acide sulfhydrique. Je fais le badigeonnage des fausses membranes avec le collutoire au soufre précipité dans la glycérine, après avoir irrigué d'eau boriquée les fosses nasales et la gorge. Je pratique ensuite la troisième transfusion de 50 grammes de sérum.

Le 8 au matin, la typothymie s'est dissipée, l'engorgement ganglionnaire est diminué, les urines sont abondantes et peu albumineuses. L'enfant a pris un peu de lait au rhum. Quatrième transfusion, de 75 grammes et le soir une cinquième de pareille quantité. Mieux considérable.

Le 9, les fausses membranes n'existent plus, l'engorgement ganglionnaire est insignifiant, les urines abondantes non albumineuses. La fillette demande à se lever et à manger, ce à quoi je consens volontiers, Je réduis la potion de moitié et je fais la dernière transfusion de 100 grammes.

Le 11, l'enfant a fait, à pied, une promenade de 2 kilomètres au moins. Elle est guérie, après avoir absorbé 40 grammes de sulfure de calcium et 400 grammes de sérum artificiel,

IIe Observation. — Grimal Alexandre, quatre ans et demi. Le 6 novembre 1892. La température de 40° d'emblée et la rougeur de la gorge me font supposer les prodromes de la scarlatine ; elle s'est déclarée le lendemain par une éruption très abondante. L'hyperthermie persiste, la gorge est blanche, le nez obstrué jette une sanie fétide, abondante. Les ganglions ne sont pas engorgés, et les urines non albumineuses, Malgré la bénignité habituelle de l'angine blanche du commencement de la scarlatine, l'envahissement des fosses nasales m'impose la prudence et je fais prendre du sulfure de calcium, 10 grammes par vingt-quatre heures.

Le 8, état alarmant, fièvre, délire, carphologie, plaques diphtériques lardacées des amygdales, du larynx et des fosses nasales. Le traitement est continué avec les irrigations naso-pharyngiennes boriquées et le badigeonnage des fausses membranes.

Le 9, au matin, engorgement ganglionnaire énorme, sommeil comateux, urines albumineuses. Cependant la respiration dégage de l'hydrogène sulfureux et les fausses membranes se détachent. Je fais, matin et soir, une transfusion de 75 grammes.

Le 10, la connaissance est revenue, les urines sont plus abondanntes, les fausses membranes diminuent, le jettage du nez se tarit. Deux transfusions, une de 50, l'autre de 100 grammes : le traitement est continué.

Les 11 et 12, l'amélioration s'accentue. Le traitement est continué en faisant une transfusion de 100 grammes par jour. En somme, l'enfant s'est rétabli après une laborieuse convalescence. Il avait absorbé 60 grammes de sulfure de calcium et 500 grammes de sérum artificiel.

L'effet si favorable des transfusions hypodermiques jointes au traitement sulfhydrique m'a suggéré d'associer les deux médications et d'aministrer l'acide sulfhydrique par transfusion, dissous dans le sérum artificiel. Cette idée, communiquée à quelques confrères haut placés, a soulevé un tolle de réprobation; et tous les laboratoire qui se respectent m'ont été fermés.

Cependant, un confrère vétérinaire, un savant distingué, M. Gourret, frappé de l'originalité de l'idée, me prêta pour mes expériences les chiens de la fourrière, à condition toutefois de ne pas les sortir de leur local officiel. Un capteur voulut bien me louer un coin de son magasin avec une belle fenêtre; je pus ainsi installer mon laboratoire physiologique.

Il serait trop long de suivre mes travaux, qui ont duré matin et soir pendant trois mois. Ils m'ont permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Un animal peut recevoir, pendant plusieurs semaines matin et soir, une transfusion d'un cinquantième de son poids de sérum artificiel sans que sa santé s'altère. Ceux qui ont reçu du sérum contenant 2 grammes de phosphate de soude cristallisé dans la formule précédente, se distinguaient principalement par la vigueur, la voracité et leur aspect prospère. C'est cette formule que j'ai définitivement adoptée;

2° Les transfusions de sérum contenant l'acide sulfhydrique en dissolution irritent très peu les tissus;

3° La dose de 0 gr. 025 d'acide sulfhydrique pour chaque kilogramme du poids est supportée sans aucun trouble physiologique. A 0 gr. 030 par kilogramme, la respiration devient difficile, les battements du cœur irréguliers. Ces troubles augmentent avec les doses et passé 0 gr. 035, la mort arrive par asphyxie;

4° L'analyse des tissus d'un animal foudroyé par l'acide sulfhydrique démontre que presque la totalité de l'oxyène libre a disparu;

5° Si, à un chien qui est prêt à mourir après une tranfusion trop abondante d'acide sulfhydrique, on transfuse une solution contenant 1 0/0 d'iode, les acccidents asphyxiques s'atténuent et l'animal revient à la santé;

6° On peut, pendant une semaine, et deux fois par jour, coup sur coup, asphyxier un chien avec l'acide sulfhydrique et le faire revenir avec l'iode sans que sa santé en soit altérée.

L'acide sulfhydrique n'est donc pas un poison par lui-même, il peut faire mourir par la privation de l'oxygène. Il est alors loisible d'exploiter cette propriété pour contrarier et combattre dans l'organisme les bactéries pathogènes et par ce procédé on obtiendra la guérison des maladies infectieuses quelles qu'elles soient.

(*A suivre*).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 23 mai 1900)

Présidence de M. HUCHARD

M. Dignat donne lecture d'une note intitulée : *contribution à l'étude des albuminuries fonctionnelles. Pathologie et thérapeutique.* On sait que l'on a rangé sous le nom d'*albuminuries fonctionnelles* une série de processus morbides dont beaucoup de détails sont encore loin d'être élucidés, au point de vue du pronostic et du traitement surtout. Il faudrait des expériences et études de longue haleine pour bien connaître l'avenir des lésions de ce genre et leur résultat final. Pour le traitement, il faut chercher la cause des troubles observés. Pour l'orateur, les albuminuries dites fonctionnelles doivent correspondre à des lésions imparfaitement connues, mais certaines.

Comme contribution à l'étude de ces albuminuries, l'orateur désire attirer l'attention sur une observation intéressante, dont tous les détails ont été soigneusement notés. Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, dont les parents sont bien portants, mais qui a toujours été chétif sans pour cela présenter de maladie déterminée. Le malade, envoyé au lycée, a fait preuve d'une paresse intellectuelle considérable et n'a pu suivre les classes. L'examen n'a décélé rien d'anormal, en particulier aucun œdème, mais l'examen des urines a montré que celles-ci contenaient environ 1 gramme d'albumine par litre. Le régime lacté absolu ne modifia en rien la situation. M. le Pr A. Robin, appelé en consultation, admit une albuminurie dyspeptique, mais l'étude des urines, faite en vue de cette hypothèse, donna des résultats négatifs, et le régime institué ne produisit aucun effet favorable. L'enfant ayant été envoyé à la campagne cessa tout traitement et tout régime, mais abandonna les travaux intellectuels et se livra à tous les exercices musculaires de son âge. L'albumine disparut entièrement : mais, à la rentrée, tous les accidents reparurent aussitôt que le malade eût repris ses travaux au lycée.

Cette observation démontre qu'en dehors des types classiques d'albuminurie fonctionnelle, il y a lieu d'admettre une albuminurie provenant de troubles nerveux, distincte de l'albuminurie phosphaturique des neurasthéniques, car ce malade n'a à aucun moment présenté d'augmentation des phosphates urinaires. Le cas ne rentre pas non plus dans le cadre des albuminuries par surmenage musculaire (albuminurie des cyclistes, par exemple), puisque l'exercice, même exagéré, a fait disparaître l'albumine.

M. Albert Robin n'a pas hésité, la seconde fois qu'il vit le malade, à se ranger à l'hypothèse de M. Dignat. Dans ce cas spécial, on ne peut même pas admettre que les troubles fonctionnels observés n'aient représenté que des avant-coureurs d'une lésion rénale en évolution, puisque les accidents ont été interrompus par une période de plusieurs mois, pendant laquelle toute trace d'albumine a disparu. Il faut donc bien admettre qu'il existe une albuminurie d'origine nerveuse.

M. Blondel donne lecture d'une note de M. Frémont ayant trait à la *classification des dyspepsies.* Depuis quelques années on a compliqué à l'infini la question des dyspepsies. Sous prétexte d'apporter à leur étude une précision mathématique on a accordé une importance capitale à diverses données

chimiques, presque toutes fausses, qui ont embrouillé les notions traditionnelles et éloigné les meilleurs esprits de cette partie de la médecine.

D'après les travaux du Pr Hayem l'acide chlorhydrique combiné jouerait un rôle important, car il mesure en quelque sorte l'intensité de la peptonisation et donne le véritable criterium du travail utile de l'estomac. Les composés chloroorganiques joueraient, d'après cet auteur, un rôle considérable dans l'appréciation de la gravité des dyspepsies. L'acide chlorhydrique est mis en liberté d'une façon exagérée quand il y a dyspepsie, phénomème qui coïnciderait avec l'insuffisance de la production des combinaisons chloro-organiques. Le Pr Hayem admet donc dans les hyperpepsies, trois classes ; l'hyperpepsie générale où les deux variétés d'acide chlorhydrique sont en excès, l'hyperpepsie chloroorganique où seul l'acide combiné est en excès, et l'hyperchlorhydrie où l'on observe la situation inverse.

Pour M. Frémont, cette classification ne repose sur rien, car l'obtention d'acide chlorhydrique combiné repose sur des artifices d'examen chimique: cet acide fortement combiné se forme au dépens de l'acide chlorhydrique du suc gastrique lorsque ce dernier est mis en présence d'une substance albuminoïde, et cela d'autant plus que cette substance est plus abondante. Mais c'est là un phénomène purement chimique, n'ayant rien à voir avec un travail de digestion ou de peptonisation. C'est pourquoi la digestion du lait, par exemple, se fait sans trace d'acide libre, et pourquoi l'acide combiné est abondant en cas d'hémorragie stomacale. La classification reposant sur les variations de l'acide libre ou combiné est donc entachée d'erreur. Il faut se borner à admettre deux classes : les hypo et les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades, les acides de fermentation organique existent huit fois sur dix; le contraire s'observe chez les hypochlorhydriques, à moins d'obstacle mécanique à l'évacuation gastrique.

La sécrétion de l'acide chlorhydrique est l'indice capital de la sécrétion stomacale, car certains sucs gastriques, abondants en quantité, ne sont riches qu'en chlorure, renferment peu d'acide chlorhydrique et présentent un pouvoir digestif très diminué. Il ne faut donc pas parler d'hypersécrétion, mais d'hyperchlorhydrie, quand on veut parler d'un suc gastrique abondant et très actif.

L'exactitude mathématique, accordée à l'analyse du suc gastrique du dyspeptique n'a donc, pour l'auteur, aucune valeur, elle ne peut être rigoureusement exacte et voici pourquoi :

1° L'estomac n'est jamais absolument vide: il renferme, même le matin à jeun, de la salive, du suc gastrique, etc.

2° L'estomac sécrète sans cesse, et avec une intensité variable : ces variations existent, mais elles sont d'autant moins marquées que l'estomac est plus malade.

3° Pendant l'heure de séjour du repas d'épreuve, l'estomac se vide dans l'intestin et l'analyse ne peut donc donner la somme de sécrétion de l'estomac.

On ne doit donc accorder de signification qu'aux chiffres notablement au-dessus ou au-dessous de l'état normal.

M. Albert Robin constate que le travail soulève une série de questions difficiles à discuter au pied levé. Il y a classification et classification, et M. Frémont ne tient pas assez compte de ce fait que nombre d'auteurs ont adopté des classifications leur permettant de grouper les cas au seul point de vue thérapeutique. Ce genre de classification n'a aucun rapport avec les classifications absolues, nosologiques, qui n'ont pas été érigées au point de vue de la pratique médicale. Dans ce cas, les auteurs se basent sur des éléments invariables, ce qui n'est pas le cas quand on n'a en vue que l'intérêt des malades.

La Société décide d'écrire à différents savants ne faisant pas partie de la Société, pour les inviter à venir prendre part à la discussion que le travail de M. Frémont ne manquera pas de soulever.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Le tétanos ; étude clinique et thérapeutique par M. Ch. Dopter (*Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1900). — Nous relevons dans cet important travail les points de thérapeutique destinés à aider le praticien pour la conduite à tenir en face d'un cas de tétanos.

Quelques distinctions à faire au point de vue du traitement, obligent tout d'abord à se reporter au tableau des différents espèces de tétanos.

Qu'il soit entré par une plaie accidentelle ou une plaie opératoire, le bacille de Nicolaïer produit toujours les mêmes symptômes de contractures avec accès paroxystiques, débutant par les muscles de la machoire et de la nuque et se propageant à la plupart des muscles volontaires,

I. Le *tétanos traumatique moteur*, consécutif à une plaie muqueuse ou cutanée comprend le *tétanos commun*, le *tétanos céphalique*, (plaie de tête), le *tétanos ombilical*, des nouveau-nés. S'il succède à une plaie viscérale, il se nomme *tétanos splanchnique*. Enfin, si la toxine tétanique est introduite directement dans le cerveau, on a la variété *tétanos cérébral*.

II Le *tétanos a frigore*, ou tétanos médical, avec ses contractions *non permanentes*, avec sa léthalité moins sévère et qui n'est apparemment qu'un pseudo-tétanos.

Le traitement nous retiendra plus particulièrement. On sait combien peu encourageantes sont les méthodes médicales employées jusqu'à ce jour. Le *chloral* a seul résisté, entre tous les agents thérapeutiques auxquels on a eu recours ; il constitue un palliatif merveilleux, mais il n'a aucune action curative. Le traitement chirurgical n'a pas été plus heureux, la *cautérisation*, le curettage, l'incision et même l'amputation ne sauraient être appliqués assez à temps pour être efficaces. Car lorsque le trismus apparaît, la circulation générale est déjà infectée. Pourtant l'*éradication* large du foyer et même l'*amputation* servent encore aujourd'hui à empêcher la diffusion dans l'organisme de nouvelles quantités de toxines. L'expérimentation prouve même qu'on a pu ainsi empêcher de mourir plusieurs animaux tétanisés par un traumatisme. La *névrotomie*, l'élongation des nerfs sont tombés à leur tour dans l'oubli.

De nos jours se lève le traitement sérothérapique. C'est aux travaux de *Behring et Kitasato* que sont dues les notions suivantes aujourd'hui bien établies en ce qui concerne les animaux :

1° Le sérum des animaux immunisés contre la toxine tétanique neutralise *in vitro* le poison tétanique ;

2° Injecté préventivement, il préserve l'animal contre les effets de poison;

2° Il les guérit quand le tétanos est déclaré. Ces dernières conclusions sont seules sujettes à contestation. *MM. Roux* et *Vaillard* n'ont pas tardé à instituer des expériences de contrôle qui ont donné les résultats suivants :

Le sérum antitoxique prévient sûrement le tétanos, même à doses très faibles, quand il est injecté avant la toxine tétanique. C'était proclamer l'*action préventive du sérum* et cette notion n'a pas tardé à recevoir confirmation chez l'homme.

Pour le *tétanos déclaré*, il en va autrement. Le *pouvoir curatif* du sérum est nul dans le *tétanos aigu* grave ; dans le *tétanos à forme lente*, l'antitoxine longtemps employée a pu lutter victorieusement contre le poison tétanique, qui semble se diffuser par petites doses, mais à la condition d'*enlever le foyer*. Toutefois, ces cas chroniques ne sont-ils pas curables spontanément ? Des recherches plus récentes ont montré que le sérum introduit par la voie sous-cutanée et passant ainsi dans la circulation ne saurait produire aucun effet salutaire, par la raison que

les cellules de la moelle fixent énergiquement la toxine tétanique. C'est ce qui a engagé MM. Roux et Borrel à porter le sérum dans la substance cérébrale elle-même. L'expérimentation n'a pas tardé à leur faire voir que : « quelques gouttes de sérum antitétanique, injectées dans le cerveau, guérissent mieux le tétanos, que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau.

Passant ensuite à l'application, on a eu chez les animaux et chez l'homme (Chauffard et Quénu 1898) des résultats incertains. A côté de résultats positifs, ce furent de nombreux insuccès. La raison en est, suivant M. Borrel dans le *retard* apporté à l'injection. Celle-ci cesse d'être efficace lorsqu'apparaissent les *symptômes bulbaires*, tachycardie, troubles respiratoires, spasmes pharyngés. L'antitoxine ne peut protéger la moelle supérieure contre l'infection ascendante, que si l'imprégnation toxique n'est pas trop avancée. Le tétanos splanchnique échappe à toute règle ; malgré la précocité de l'intervention, la mort survient.

D'après ce qui précède, les indications thérapeutiques que l'on peut actuellement formuler sont les suivantes : instituer, chaque fois qu'il y a lieu, le *traitement prophylactique* qui est tout puissant ; contre le tétanos déclaré employer *le traitement curatif* qui est encore incertain, mais peut être dès à présent soumis à certaines règles.

La *prophylaxie* comprend l'*antisepsie* des plaies (acide phénique, sublimé), destinée surtout à détruire les microbes vulgaires (staphylocoques) dont l'association semble activer le virus tétanique, si même elle n'est pas indispensable à sa sécrétion (Vaillard et Vincent). Les plaies susceptibles d'être tétanigènes, souillées de terre, vase, fumier, plaies par écrasement des extrémités seront particulièrement désinfectées : On ira jusqu'à l'éradication totale du foyer des plaies anfractueuses. En outre, si l'on a une suspicion de tétanos, il faut procéder à une injection préventive de 10 cent. cubes. (Landouzy). Une deuxième injection faite dix jours après la première sera nécessaire pour neutraliser l'action des toxines, si le foyer n'a pas été enlevé. On les répétera d'ailleurs autant que nécessaire, car le sérum est totalement inoffensif. Beaucoup de chirurgiens ayant constaté des cas de tétanos, ont empêché l'épidémie de s'étendre en faisant aux opérés ultérieurs cette thérapeutique préventive, aujourd'hui légitime, dont l'opportunité seule est délicate à juger.

Le *traitement curatif* s'impose sitôt le diagnostic posé. L'*injection intracérébrale* de sérum antitétanique est le traitement de choix. Le malade est chloroformisé, tête rasée et aseptisée. De chaque côté, petite incision du cuir chevelu allant jusqu'à l'os, de forme courbe à concavité antéro-inférieure, longueur 2 à 4 centimètres. Le centre de cette incision doit être sur le trajet d'une verticale passant par le bord antérieur de l'apophyse orbitaire externe, à 8 cent. de celle-ci. On détache le lambeau de l'os à la rugine. Une fraise de 8 millimètres permet d'avoir une ouverture osseuse suffisante. La dure-mère étant incisée perpendiculairement, on enfonce en plein cerveau, à 4 ou 6 centimètres, l'aiguille de la seringue de Roux, soigneusement stérilisée. On met 5 à 6 minutes pour injecter, par un mouvement de vis, de 2 à 3 centimètres cubes de sérum sec dissous dans 5 cent. cubes d'eau stérile. On répète l'injection du côté opposé, dans la deuxième circonvolution frontale, comme la première injection. Sutures et pansement sec. Profitant de l'anesthésie, il faudra en outre faire soit l'éradication du foyer, soit l'amputation. Si pour des raisons diverses, la plaie ne peut être supprimée, l'injection sous-cutanée de 20 cent. cubes tous les deux jours viendra s'adjoindre au traitement précédent.

On peut en attendre de bons résultats à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un cas suraigu, d'un tétanos splanchnique, ou de malades qui se présentent à l'examen plusieurs jours après les premiers symptômes. La durée de ces délais ne saurait être actuellement mieux fixée, pour l'emploi de la sérothérapie intracérébrale, que par les signes cliniques.

A. Benoit.

Traitement efficace de la petite vérole, par le Dr Fernando Gomez (*Cronica Medica Mexicana*, avril 1900). — Après une très forte épidémie et dans de très nombreux cas, en l'espace de huit ans, le Dr Fernando Gomez a eu occasion de se convaincre de l'efficaccité de son traitement. Il dit : « mon traitement non seulement guérit, mais encore évite les cicatrices si répugnantes sur la figure de ces pauvres malades ; il est bien entendu que pour obtenir ces résultats, surtout le dernier, il faut commencer le traitement avant que les vésicules soient devenues purulentes, c'est-à-dire avant la période de suppuration. »

Un autre avantage, de ce traitement est de diminuer, pour ne pas dire éviter complètement la contagiosité de la petite vérole. Si cela était prouvé, il nous éviterait l'exécution de mesures hygiéniques, installations de lazarets, etc., pendant une épidémie. L'expérience ne peut être faite là-dessus, mais le Dr Gomez a eu l'occasion d'observer plusieurs faits qui semblent lui donner à cet égard de très grandes probabilités.

Le traitement contre la petite vérole, chez un enfant de 5 ou 6 ans, sera formulé et appliqué de la façon suivante ;

Onguent gris spécial.....	135	grammes

Us. ext.

Salicylate de soude.....	1	—
Eau édulcorée.....	90	—

par cuillerées

Bitartrate de potasse.....	2	—

pour 1 paquet

La base du traitement, c'est le liniment, car à lui seul il peut guérir la petite vérole ; mais le résultat est plus sûr en employant la potion et les paquets.

L'onguent gris, invention de l'auteur, se prépare comme suit :

Onguent napolitain.....	15	grammes
Huile de lin.....	60	—
Eau de chaux.....	60	—
Créoline.....	5	gouttes

Ce liniment s'applique sur toutes les parties du corps envahies au moyen d'un pinceau, etc., et l'application se fait deux fois par jour : mais à la figure il peut être appliqué trois fois.

La potion sera donnée, par cuillerées d'heure en heure, et le bitartrate de potasse sera délayé dans l'eau : l'enfant le prendra dans la journée.

Le liniment doit être appliqué pendant six jours au moins, sans crainte de stomatite car il est excessivement rare que l'intoxication se présente.

L'auteur discute ensuite le mode d'action du liniment gris : il pense qu'il agit par le mercure qu'il contient dont l'action est à la fois locale et générale. Il donne ensuite quelques indications pour combattre les complications qui peuvent se présenter et termine par une statistique, disant que depuis l'épidémie qui sévit en 1892, jusqu'à présent il a traité 236 malades de petite vérole et les résultats ont été très encourageants.

F. Bérini.

De la valeur des différents sérums employés actuellement dans la thérapeutique, par E. Calmette (*Union médicale du Nord-Est*. n° 4, p. 49, 1900). — Les sérums antitoxiques (résultat de l'immunisation des animaux par les toxines) sont au nombre de trois : Le sérum antitétanique, le sérum antidiphtérique, le sérum antivenimeux.

Le sérum antitétanique est obtenu en immunisant les chevaux à l'aide de cultures filtrées du bacille de Nicolaier additionnées d'un égal volume d'eau iodée à 1/500e. Le sérum possède un pouvoir immunisant égal à un million, c'est-à-dire qu'un animal peut être garanti contre une dose mortelle de toxine, si l'on vient à lui injecter une dose de sérum égale au millionième de son poids. Mais il ne possède que ce pouvoir préventif ; il n'est nullement curatif.

Dix centimètres cubes injectés en une seule fois suffisent d'ordinaire pour prévenir le tétanos.

Le sérum antidiphtérique est obtenu en immunisant les chevaux à l'aide de cultures filtrées du bacille de Lœffler, d'abord additionnées de quelques gouttes de solution iodo-iodurée de Gram, puis progressivement de cultures sans iode : au bout de 80 jours, les chevaux peuvent recevoir 250 cent. cubes de toxine et à ce moment leur sérum possède une antitoxine dont le pouvoir préventif est supérieur à 50,000, ce qui veut dire qu'un cobaye résiste à l'inoculation d'une dose mortelle de toxine, si on lui a injecté au préalable une quantité de sérum égale à la cinquante millième partie de son poids. Ce sérum est en même temps préventif et curatif.

Les accidents post-sérothérapiques ont presque complètement disparu depuis que les sérums préparés dans les divers instituts sont chauffés à 57° avant leur distribution au public.

Dans la pratique, on doit injecter d'emblée des doses de 10 à 20 cent. cubes de ce sérum lorsqu'une diphtérie paraît confirmée et répéter ces mêmes doses si la maladie ne cède pas dans les deux ou trois jours qui suivent la première injection.

On immunise les animaux au moyen du sérum antivenimeux en leur injectant des doses croissantes de venin mélangé à une petite quantité d'une solution d'hypochlorite de chaux à 1/60. L'injection curative doit être faite moins de trois heures après la morsure venimeuse pour que la guérison ait lieu. Il suffit d'injecter d'emblée 10 cent. cubes de sérum dans le tissu cellulaire d'un sujet mordu pour voir rapidement disparaître tous les phénomènes de l'envenimation.

Les sérums anti-infectieux résultent de l'immunisation des animaux par des cultures virulentes renfermant le microbe lui-même. sérum antistreptococcique est le plus répandu de ces sérums.

N'étant pas antitoxique, il ne peut agir avec la rapidité des sérums précédents. Son action s'exerce contre le développement du streptocoque et non contre les substances chimiques sécrétées par lui.

La dose qu'il convient d'employer d'emblée contre toutes les affections streptococciques est de 20 cent. cubes. Il faut répéter les injections jusqu'au moment où la température fléchit, puis on doit espacer les injections jusqu'à complète guérison.

Le sérum antipesteux doit être injecté à la dose de 40 à 80 cent. cubes dans les cas graves et les injections doivent être répétées, à la dose de 20 cent. cubes, jusqu'à la convalescence. Dans les cas de pneumonie pesteuse, l'injection doit être poussée dans les veines. Au point de vue préventif, il faut se rappeler que l'immunité ne dure que 15 à 20 jours.

G. Lyon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Traitement opératoire du cancer du rectum (*29e Congrès allemand de chirurgie*). — M. Kronlein (de Zurich), réclame pour la chirurgie allemande le droit de priorité et de plus longue expérience, dans le *traitement radical* du cancer du rectum par l'extirpation. En France, ce traitement date de peu d'années : en Angleterre, on en est encore aux mesures palliatives. Les autopsies montrent qu'il y a souvent *absence de métastase dans le cancer du rectum*, ce qui est très encourageant pour le traitement chirurgical et justifie les guérisons durables partout observées.

Comme procédé opératoire, il pense qu'il faut être éclectique et, là où des procédés par incision périnéale suffisent, il n'est pas indiqué de faire la résection du coccyx ou celle du sacrum (Kraske), cette dernière convenant aux tumeurs haut situées. Il faut exclure de ce traitement les sujets dont la vessie et l'urèthre sont envahis, car la mortalité de ces opérations est encore excessive.

M. Rhen (de Francfort) est d'avis que les résultats de ce traitement opératoire peuvent être améliorés par un diagnostic plus précoce et par le manuel opératoire. L'ablation temporaire du sacrum est-elle toujours nécessaire? Elle aggrave beaucoup l'opération. L'essentiel est de bien enlever la tumeur avec l'atmosphère cellulaire qui l'entoure et avec les ganglions lymphatiques, qui, d'après ses recherches, suivent les rameaux de l'artère hémorroïdale supérieure, par conséquent se trouvent sur les côtés de la face postéro-latérale du rectum. L'opération chez la femme peut être faite très facilement par le vagin. Chez l'homme, on peut surtout recommander d'agir de la façon suivante: incision antérieure de Diffenbach, qui pénètre entre les deux releveurs de l'anus. Si le néoplasme se montre adhérent aux voies urinaires, on renonce à l'extirpation. Dans le cas contraire, on continue l'opération par une incision postérieure, en décollant avec le doigt. Attirer fortement le rectum en bas, en incisant au besoin les feuillets du mésentère et faisant les ligatures nécessaires. Il faut toujours essayer de créer, pour terminer, un anus normal, en implantant le bout supérieur dans le sphincter anal; drainer en avant et en arrière.

Rien n'est plus simple que de passer à *l'opération de Kraske*, si l'on n'a pas un jour suffisant; il suffit de prolonger l'incision postérieure. Bien fermer le péritoine quand il est lésé. L'auteur critique les procédés combinés employés en France; l'anus iliaque est un détestable pis aller. Les résultats sont des plus médiocres. La suture des deux bouts du rectum, après l'ablation des tumeurs haut situées, serait le procédé idéal. Mais ces sutures sont fragiles et l'infection de la plaie est presque inévitable.

Mieux vaut, suivant Rehn, attirer l'S iliaque en bas, en coupant les feuillets du mésentère aussi loin que possible de l'intestin, et les fixer dans le sphincter anal. La gangrène ne serait pas aussi redoutable qu'on l'a prétendu, pourvu qu'on évite la tension des sutures.

M. Hochenegg (de Vienne) préfère aussi établir un *anus sacré*, quand il ne peut obtenir le rétablissement de l'anus normal. Il a pu réussir à abaisser la mortalité opératoire à 5 0/0, bien qu'il enlève toujours le coccyx et la partie inférieure du sacrum, et qu'il ait fait 62 fois la suture des deux bouts du rectum, avec 1 cas de mort par infection seulement. La plaie opératoire doit être laissée largement ouverte et tamponnée.

M. Kraske (de Fribourg) indique une nouvelle méthode qui peut être employée lorsqu'on doute que la voie inférieure offre la sécurité nécessaire : faire d'abord la laparotomie, reconnaître si le néoplasme est opérable. Sinon, on fait un anus contre nature. S'il est opérable, on isole le colon au dessus de la tumeur, on coupe entre deux ligatures l'artère hémorroïdale supérieure, on décolle le rectum de haut en bas. Puis, tamponnant le petit bassin, on ferme le ventre et on extirpe le cancer par la voie sacrée, en implantant pour terminer le bout supérieur dans l'orifice anal.

M. Henle (de Breslau) recommande de faire l'*invagination du bout supérieur dans l'anus* (Nicoladoni). On évite ainsi beaucoup de péritonites post-opératoire et d'opérations complémentaires pour fistules occasionnées par les sutures.

A. Benoit.

Le cancer du conduit gastro-intestinal ; son diagnostic et sont traitement par Farquahr Curtis (*Acad. de Medecine de New-York*, 1er mars 1900).

a) Cancer de l'estomac. Les indications du traitement chirurgical sont les suivantes ; 1° Il y a une tumeur ; 2° Il y a des vomissements persistants ; 3° l'estomac est dilaté. Les hématémèses abondantes peuvent aussi être considérées comme une indication. Au point de vue du choix de l'opération, l'auteur insiste sur la nécessité d'enlever les tumeurs même assez étendues, ou ayant d'assez nombreuses adhérences ; le volume et l'adhérence ne contre-indiquent pas absolument l'ablation. Dans les cas où il y a des adénopathies multiples, il faut avoir recours à la gastro-entérostomie qui peut donner une survie assez longue : elle peut aller jusqu'à deux ans.

b) Cancer de l'intestin. Dans la plupart des cas, c'est à la colostomie qu'il faut avoir recours.

P. Sainton

Indications des opérations intéressant l'apophyse mastoïde (*Deutsche med. Woehenschrift*, 12 avril 1900). — Muller a formulé, dans un article paru il y a deux ans, la proposition suivante : « Toute suppuration aiguë de l'oreille moyenne, qui résiste sans se modifier pendant quinze jours au traitement approprié, et ne présente aucune tendance à l'amélioration, doit être traitée par l'ouverture de l'apophyse, même s'il n'existe aucun symptôme menaçant. »

Cette proposition a semblé trop absolue et a soulevé de nombreuses objections : mais son auteur avait, il y a deux ans déjà, fait ressortir qu'il ne s'agissait que d'une simple ouverture des sinus, correspondant, *mutatis mutandis*, à l'incision du panaris, et que la tendance à l'amélioration s'appliquait autant aux symptômes généraux, à la céphalée, etc., qu'à la quantité de pus secrétée.

Dans ces conditions, le nombre des indications à l'intervention devient très restreint et la proposition très acceptable, car, dans la grande majorité des cas, on observe une amélioration quelconque avant l'expiration du second septénaire, ou au contraire une aggravation telle, que l'ouverture de l'apophyse s'impose.

Si l'on n'opère pas les cas rentrant dans la catégorie décrite par l'auteur, l'affection prendra une marche chronique préjudiciable au malade. L'auteur donne trois observations personnelles qui démontrent la justesse de sa proposition : dans les trois cas, on dut intervenir plus tard dans des conditions beaucoup moins favorables et les malades présentent aujourd'hui de vastes cicatrices très apparentes, qu'il eût été facile d'éviter en intervenant à temps.

Il est certain d'un autre côté qu'on n'est jamais sûr de l'avenir, en présence d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne : des accidents graves peuvent subitement survenir. L'auteur croit donc devoir insister à nouveau sur la nécessité d'adopter la ligne de conduite qu'il préconise, étant donné surtout le peu d'importance de l'intervention à ce moment.

E. Vogt.

Abcès de l'amygdale. Diagnostic et traitement, par Marfan. (*Journal de Médecine interne*, 15 avril 1900). — Le trismus est un des bons signes de l'abcès de l'amygdale : au cours d'une angine, il signifie que l'amygdale suppure. Il ne faut point intervenir chirurgicalement dans l'abcès amygdalien : l'abstention n'a pas de conséquences graves, tandis que l'ouverture peut amener un certain nombre d'accidents. Il vaut mieux se borner à recommander le repos au malade, lui faire prendre des gargarismes et lui administrer quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine.

P. Sainton.

L'anesthésie par les injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire, par E. Cadol (*Thèse de Paris*, 1900). — La méthode de la cocaïnisation sous-arachnoïdienne a sa place marquée entre les deux méthodes d'anesthésie employées jusqu'à ce jour : d'une part la chloroformisation et l'éthérisation parfois contre-indiquées ; d'autre part la cocaïnisation, superficielle, insuffisante et dangereuse. Elle a le grand avantage de s'appliquer à des opérations importantes et de permettre une intervention prolongée. Elle est facile à employer et sans dangers ; elle procure une anesthésie complète, superficielle et profonde, depuis la plante des pieds jusqu'à un plan horizontal antéro-postérieur passant par l'ombilic. Les doses de poison employé sont infinitésimales ; enfin, elle procure une anesthésie durant cinquante minutes avec des doses ne dépassant point 15 milligrammes, et jusqu'à une heure quarante avec des doses comprises entre 15 milligrammes et 2 centigr. 1/2. Les opérations, que l'on peut tenter sous cette anesthésie, sont nombreuses ; ce sont les interventions sur les membres inférieurs et le bassin : amputation de jambe et de cuisse, extirpation du rectum, hystérectomie vaginale, désarticulation de la hanche, cures radicales de hernie, etc. Cette méthode paraît devoir rendre des services multiples, aussi bien en chirurgie qu'en obstétrique.

P. Sainton.

Kinésie préopératoire, par Fretin (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 avril 1900). — L'auteur rappelle qu'à côté de la préparation diététique et médicamenteuse du patient à l'opé-

ration, il peut exister dans certains cas une véritable préparation par le mouvement sous ses diverses formes.

Lorsqu'on se trouve en présence de vieillards affaiblis, épuisés, qu'un long séjour au lit a débilités, au point que les bronchites, les pneumonies hypostatiques sont chaque jour menaçantes, il est possible, en déterminant un afflux sanguin rapide vers la peau, vers les muscles, de soulager les organes internes, d'augmenter l'activité cardiaque.

On a obtenu dans des cas de ce genre des résultats très prompts et très remarquables par des procédés des plus simples, tels que changements de position du malade, élévation de la tête, des jambes, frictions rapides et intermittentes sur les téguments de la région dorsale, du coccyx à la nuque, vibration des nerfs dorsaux et enfin massage abdominal en cas de constipation.

Ce même traitement réussit d'une manière très satisfaisante chez les diabétiques, surtout chez les diabétiques cachectisés par leur maladie. Souvent le taux du sucre diminue sans changement de régime. Mais il faut être très prudent chez les diabétiques âgés : le massage doit être de courte durée, dix minutes au plus, car il faut craindre chez eux des accidents de collapsus.

L'asepsie des mains, de la pommade employée doit être très rigoureuse, afin d'éviter les éruptions furonculeuses.

Le traitement mécanique des affections cardiaques a pris, dans ces dernières années, un développement considérable.

Les œdèmes, les palpitations, l'arythmie, l'essoufflement, si communs dans ces affections, sont très heureusements modifiés par un traitement kinésique bien appliqué. Tous les chirurgiens connaissent les dangers du chloroforme chez les cardiaques. Il ne saurait donc être indifférent de fortifier le muscle cardiaque de ces malades lorsqu'on songe à les opérer sous l'anesthésie. D'autre part la cicatrisation des plaies est très lente chez les gens à circulation imparfaite.

Voici des motifs bien légitimes pour intervenir avant l'acte opératoire par un traitement kinésique.

A l'époque de la ménopause, beaucoup de femmes un peu obèses, sans avoir le cœur absolument malade, souffrent de troubles circulatoires qui les rendent éminemment suspectes quand il s'agit d'une intervention opératoire. Il en est de même pour certaines femmes un peu grasses affligées de tumeurs fibro-myomateuses.

Il n'est pas rare d'observer chez elles des troubles cardiaques des plus variés sur la pathogénie desquels on est encore mal fixé. Peut-être s'agit-il seulement de troubles nerveux réflexes à point de départ génital. L'auteur a eu plusieurs fois l'occasion de constater ces symptômes, et assez souvent, sous l'influence d'un traitement kinésique prolongé, il a vu s'atténuer et disparaître ces troubles qui avaient pu en imposer pour une lésion cardiaque organique. En même temps l'état général s'améliora et l'intervention chirurgicale repoussée comme dangereuse en raison du mauvais état des grandes fonctions, devint possible par la suite et fut réalisée avec plein succès.

Souvent la kinésie méthodique est une excellente préparation aux opérations dirigées contre les affections chroniques de la femme, surtout quand celles-ci ont déterminé des altérations graves dans la santé générale.

Dans certaines affections urinaires le traitement gymnastique fait merveille. Un prostatique âgé dont l'état général était mauvais, fut beaucoup amélioré par l'application du mouvement méthodique et du massage.

En résumé, il paraît certain que le traitement par le mouvement est souvent une excellente préparation à une intervention opératoire et que ce traitement mérite une place plus grande qu'on ne lui donne habituellement dans la pratique quotidienne de la chirurgie.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux.

Emploi thérapeutique du suc gastrique naturel provenant d'un animal (*Société de médecine interne de Berlin*, séance du 2 avril 1900). — Paul Mayer donne l'observation d'un malade atteint de diarrhée chronique, réfractaire à toute médication anti-diarrhéique, et qu'un examen plus approfondi a fait reconnaître pour un type d'apepsie gastrique absolu, avec acidité totale du suc gastrique = 0 : même résultat pour la pepsine et le ferment lab. La motricité stomacale était intacte, même exagérée. Le malade n'était pas cachectique et ne présentait aucun trouble stomacal au moment où l'auteur commença à lui donner des soins.

L'auteur a expérimenté sur ce malade, pour première fois en Allemagne, à ce qu'il lui semble, le traitement proposé par Pawlow, et modifié

par Frémont. Les expériences ont été instituées dans le service du Dr Leyden, à la Charité de Berlin, avec du suc gastrique animal envoyé par Pawlow.

En donnant 500 grammes de lait additionné de deux cuillerées à soupe de ce suc gastrique, on constate que le lait est fortement coagulé au bout de trente minutes, alors que non additionné de suc gastrique il est retrouvé intact au bout du même espace de temps. En remplaçant le suc de Pawlow par un liquide contenant de l'acide chlorhydrique et de la pepsine à des proportions égales à ce suc, l'expérience démontre qu'il y a à peine coagulation. Un autre essai effectué avec l'alimentation ordinaire a montré que l'assimilation était bien supérieure avec le suc de Pawlow qu'auparavant, et au troisième jour d'expérience, les diarrhées avaient disparu. La provision du suc gastrique étant épuisée, l'auteur n'a pu continuer ses recherches : quant au malade, il est actuellement débarrassé de ses diarrhées et ne va plus à la selle que deux fois par jour.

E. Vogt

Indications de l'intervention chirurgicale dans le traitement des gastropathies, par le Dr Gongora (Communication à l'Academie, *Revista de Medicina Cirugia y Farmacia*, avril 1900). — Les conclusions de l'intéressant travail du Dr Gongora peuvent se résumer ainsi : 1° Le diagnostic ferme de cancer est une indication d'intervention et les difficultés du diagnostic sont cause de la non réussite de celle-ci, qui sera radicale quand on pourra, tout au moins palliative;

2° Dans l'ulcère, la perforation avec péritonite suraiguë ou abcès sous-phrénique, la chronicité rebelle et, dans certains cas, l'hémorragie constituent une indication formelle d'intervention;

3° Dans l'insuffisance mécanique bénigne, l'imminence de l'inanition, la persistance des vomissements et douleurs exigent l'intervention, le chirurgien pouvant choisir entre la fibroplastie et la gastro-entérostomie, suivant les conditions locales de chaque cas.

4° La périgastrite adhésive, les fistules, les gastroptoses, l'estomac biloculaire constitueront, dans chaque cas, des indications d'intervention chirurgicale.

F. Berini.

Urologie dans les maladies d'estomac, par J. Aguilar Jordan (*Revista Médica de Sevilla*, 15 mars 1900). — Il n'est pas nécessaire d'insister sur les modifications que subit la composition de l'urine dans les diverses maladies d'estomac, modifications très utiles à être connues car elles peuvent nous aider grandement pour le diagnostic ainsi que pour les déductions qui en découlent vis-à-vis du traitement.

Voici les modifications que subit la composition de l'urine dans les principales maladies, d'après le Dr Aguilar Jordan.

Hyperchlorhydrie protopatique. — La quantité d'urine subit très peu de variations dans cette maladie, en échange on voit, surtout pendant la digestion, l'acidité urinaire très diminuée et souvent l'urine se présente trouble et lactescente par la précipitation des phosphates. Ordinairement la quantité d'urée est très peu augmentée. La quantité totale d'acide urique peut arriver à 2 0/00. Les chlorures subissent très peu de modifications, bien que, on pourrait croire qu'ils sont très diminuées étant donnée l'hyperacidité chlorhydrique du suc gastrique, mais le grand appétit compense cette perte par une nourriture plus abondante.

C'est dans la maladie de Reichmann (hypersécrétion protopatique) où l'on trouve des grandes modifications dans la composition de l'urine, car les difficultés à l'absorption et les vomissements répétés font que la quantité d'urine diminue pouvant arriver à 500 grammes et encore moins. Par les mêmes raisons que pour l'hyperchlorhydrie, l'urine est lactescente et opaline. L'augmentation de la densité coïncide avec une diminution de l'acidité pouvant arriver à 60 grammes dans les vingt-quatre heures, et la cause en est dans la production rapide et excessive des peptones grâce à l'activité exagérée de la digestion des albuminoïdes. Mais ce qui est réellement notable dans cette affection c'est la diminution des chlorures. De cette perturbation dont la valeur pronostique est grande car elle indique un appauvrissement de sang en chlorures, dérive une indication thérapeutique qu'on ne doit pas oublier quand on traite un de ces malades. Les phosphates sont augmentés.

A toutes ces modifications dans les éléments normaux, il faut ajouter la présence de l'acétone dont le pronostic est très grave. Le gastro-ectasie ne produit guère de modifications dans la composition de l'urine, car celles qu'on a trouvé correspondent plutôt à la maladie déterminante (cancer, hyperchlorhydrie). Le Dr Aguilar indique cependant la diminution de la quantité totale, ce qui la distingue de l'atonie simple où ce chiffre est normal.

Dans la gastrite chronique sans hyperchlorhydrie, l'urine est moins abondante, plus colorée et presque toujours plus acide, avec excès d'acide urique et d'urates.

Bien plus importantes sont les altérations de l'urine dans le cancer gastrique. La quantité et très diminuée, la réaction faiblement acide est quelquefois alcaline : les chlorures très dimienuées, mais ce qui caractérise ce processus morbide

est la diminution de l'urée. L'auteur n'accepte pas dans toute son extension la loi formulée par Romeleare (toute affection gastrique chronique caractérisée par un chiffre d'urée inférieur à 12 grammes est une affection cancéreuse) car s'il se nourrit bien et vomit peu, le malade peut élimiminer une quantité d'urée supérieure au chiffre indiqué. Toutefois une quantité d'urée normale fait douter de l'existence d'un cancer.

L'urine de ces malades répand une odeur de putréfaction due à la putréfaction des substances albuminoïdes et aux produits de mortifications du néoplasme. Quelquefois on trouve l'acide acétique et oxy-buturyque, comme aussi de l'indican et fréquemment l'albuminurie et la peptonurie.

F. Berini.

Traitement de la diarrhée chronique nerveuse (*Deutche med. Zeitung*, 19 avril 1900). — Curt Pariser estime que le traitement le plus efficace de la diarrhée neurasthénique ou hystérique chronique consiste dans un changement de milieu complet avec repos au lit : localement des applications ininterrompues de chaleur sèche au moyen du thermophore constituent la meilleure médication.

Le régime ne produit pas d'effet bien appréciable, ce qui se conçoit aisément, car la cause du trouble de l'intestin siège en dehors de cet organe ; en revanche, dans les formes mixtes compliquées de gastrite catarrhale par exemple, le régime pourra améliorer la situation.

Les injections de morphine, lorsqu'il s'agit des crises diarrhéiques du tabès, représentent le seul médicament actif : pour les autres variétés de diarrhées nerveuses, les bromures régulièrement et longtemps administrés, représenteront un adjuvant utile. L'extrait de cannabis indica, en pilules de 0.01 gr. à 0,02 gr. trois fois par jour, diminue notablemeut l'excitabilité du sympathique.

La galvanisation de la moelle ne doit pas être oubliée, car elle régularise le fonctionnement du système nerveux.

En dehors des formes dépendant d'une affection principale incurable, le pronostic est, en général, bon.

E. Vogt.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Traitement par l'eau oxygénée. — Guérison, par Brunard (*La Clinique*, n° 15, p. 241, 1900). — Le Dr Tordezs, dans la stomatite ulcéro-membraneuse, prescrit le chlorate de potasse à l'intérieur, associé aux toniques :

Chlorate de potasse.....	**2 à 4**	**grammes**
Sirop d'écorces d'oranges	**30**	**—**
Décoction de quinquina..	**120**	**—**

Une cuillère à dessert toutes les deux heures, à raison de six cuillerées dans la journée.

Localement, quand les lésions buccales sont fort étendues, il a recours au permanganate de potasse en solution au 1000e. A l'aide d'une baguette en verre ou de coton hydrophile enroulé autour d'une tige il touche trois fois par jour les surfaces ulcérées.

Dans un cas où ce traitement était resté inefficace, le Dr Brunard, aide du service, a eu l'idée de substituer l'eau oxygénée à dix volumes à la solution de permanganate, à raison de deux applications par jour.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Du traitement de la pneumonie par la levure de bière, par Marie (*Société médicale des Hôpitaux*, 18 mai 1900). — Chez un malade atteint de pneumonie grave et en outre d'uné éruption de furoncles très douloureux, l'emploi de la levure de bière fut conseillé contre cette dernière affection. Le malade guérit assez rapidement, malgré la gravité du pronostic. Frappé de ce fait, M. Marie se demanda s'il ne fallait pas attribuer une part du succès à la médication spéciale prescrite au malade. Depuis il a donné la levure de bière à sept autres pneumoniques et chez tous la terminaison a été favorable. M. Marie fait d'ailleurs remarquer avec raison qu'un nombre de huit cas est insuffisant pour juger la valeur d'une médication s'adressant à une maladie dans laquelle le taux de la mortalité n'atteint pas 10 0/0.

G. Lyon.

Traitement des pneumonies et bronchopneumonies infectieuses par la saignée, les injections de sérum artificiel et les enveloppements froids. par Ed. Michel (*Bulletin Médical* n° 30, p. 345, 1900). — Le Dr Michel fait remarquer que dans les pneumonies grippales, ce qui domine c'est la toxémie, c'est-à-dire l'intoxication déterminée par les toxines et provenant du bacille de Pfeiffer et du pneumocoque, associant leurs effets nuisibles. L'asphyxie est moins le fait des lésions pulmonaires que de la toxémie ; c'est avant tout une asphyxie toxique.

La saignée est le moyen par excellence à employer contre la toxémie, saignée dont l'importance doit varier suivant l'âge du malade, son état général; en moyenne une saignée de 150 à 250 grammes suffit. Il ne faut pas craindre d'enlever, en procédant ainsi, une partie des forces nécessaires pour réagir contre la toxi-infection; bien loin d'épuiser le malade, la saignée constitue un excellent tonique cardiaque et général. On doit la pratiquer dès qu'apparaissent l'asthénie, le facies terreux, la coloration rouge ou cyanique des pommettes traduisant l'asphyxie capillaire.

Une seule saignée suffit en général, mais si l'hyposthénie cardiaque persiste, si les symptômes généraux ne s'amendent pas suffisamment et si le sujet est vigoureux, on peut renouveler une ou deux fois l'opération.

A la saignée il faut joindre, à titre de médication parallèle et nécessaire, les injections de sérum artificiel et aussi les enveloppements froids locaux ou généraux.

Il suffit d'injecter immédiatement après la saignée une quantité de sérum égale à la quantité de sang soustrait, 200 gr. en moyenne: Dans la journée on répète au besoin ces injections à dose moindre; on fait 3 ou 4 injections de 100 à 150 grammes, On obtient ainsi une stimulation générale et surtout continue, on favorise le diurèse, on opère un véritable lavage du sang,

Les enveloppements du thorax sont renouvelés toutes les trois heures.

Tel est le traitement essentiel employé à l'Hôtel-Dieu de Marseille; la thérapeutique médicamenteuse n'y occupe aucune place. Chez les alcooliques en se borne à le compléter par l'administration de 70 à 80 grammes d'alcool par jour,

On peut cependant employer encore les inhalations d'oxygène, les injections de caféïne. Quant aux médicaments habituels, mis en œuvre dans la pneumonie, ils sont volontairement proscrits. En effet, on risque en les employant, d'ajouter à l'empoisonnement par les produits bactériens une intoxication médicamenteuse.

Le sulfate de quinine ne répond à aucune indication précise; d'ailleurs, en admettant qu'il arrive à abaisser la température, il ne modifie en rien la toxémie.

La digitale, comme la quinine, est un poison de plus que l'on ajoute aux toxines circulant dans le sang,

G. Lyon.

Traitement des cardiopathies diabétiques (*Deutsche med. Zeitung*, 23 avril 1900), — Schott de Nauheim, a donné lecture, au congrès balnéologique de Francfort (10 mars 1900) d'un travail concernant ces affections jusqu'ici considérées comme rares. Pour l'auteur les cardiopathies ne sont pas exceptionnelles chez les diabétiques et ne constituent pas uniquement une complication ultime : si les livres classiques sont muets ou à peu près sur la question, c'est que le diabète n'est pas une affection couramment observée dans les cliniques ; or c'est des cliniques que sortent la plupart des ouvrages médicaux importants.

Il s'agit le plus souvent de névroses cardiaques et de myocardites : les lésions valvulaires sont fort rares et dépendent de l'artériosclérose, conséquence elle-même de la polyphagie et de l'alcoolisme si fréquents chez les diabétiques.

On commencera toujours quand l'affection cardiaque ne domine pas la scène, par lutter contre la glycosurie. Cette dernière ne devra pas être soumise dans ce cas à des médications capables d'abaisser la tonicité du myocarde (opium, bromures, antipyrine, etc.), et l'on observera les règles de la prudence dans l'administration des cures thermales énergiques de Carlsbad, Neuenaar, Vichy, etc. La quantité d'eau ingérée devra être diminuée, la température sera à peine tiède, on défendra tout surmenage. On sera de même très prudent dans l'institution d'un régime, car le cœur supporte fort mal une alimentation exclusivement azotée par exemple.

Une fois le malade amélioré au point de vue de la glycosurie (car les traitements thermaux et le régime n'influencent guère favorablement l'affection cardiaque : l'auteur a même observé des aggravations), on pourra traiter la cardiopathie. La digitale devra être maniée avec précaution, car elle fait monter l'élimination du sucre, à un faible degré à vrai dire. Le médicament a du reste d'autres inconvénients : il provoque facilement de l'anorexie p. ex.

Le traitement balnéaire est indiqué ; les bains d'eaux-mères, à basse température, agiront comme toniques cardiaques. Les bains de mer sont en revanche dangereux, car ils provoquent souvent des tremblements, de l'asthénie prononcée, etc. La kinésithérapie peut causer des accidents graves si on ne tient pas compte de l'existence d'une cardiopathie : l'auteur a eu connaissance de deux cas de mort subite à la suite d'exercices musculaires faits en dehors de toute surveillance médicale. Le massage sera en revanche toujours utile. Le traitement psychique devra tenir compte du fait qu'un diabétique sera toujours plus préoccupé de sa glycosurie que des affections accessoires qu'il peut présenter. Il est donc indiqué d'attirer son

attention sur l'affection cardiaque, et de la détourner autant que possible de la glycosurie.

E. Vogt.

Importance des œdèmes pour le diagnostic et le traitement de certaines maladies internes (*Deutsche Praxis*, 31 mars 1900). — Schule a adopté, pour le traitement des divers œdèmes, les médications suivantes :

1° *Œdèmes d'origine cardiaque.* — Infusion de digitale, 1 gr. pour 150, le premier flacon est donné par cuillerees à soupe toutes les deux heures, le second toutes les trois heures, le troisième toutes les quatre heures. On prescrira en même temps, de la caféine (0,3 trois fois par jour). Si la médication reste sans résultats, la diurétine est indiquée (4 à 6 gr. par jour). Les autres diurétiques sont infidèles, le strophantus peu actif.

Si l'œdème est très considérable, on pratique l'incision cutanée suivie de drainage.

2° *Œdèmes d'origine rénale.* — Si l'action cardiaque est restée énergique, la sudation constitue une excellente pratique, à condition de rechercher avec prudence, la susceptibilité individuelle.

Les autres prescriptions recommandées par l'auteur, ne diffèrent pas des indications couramment usitées en pareil cas.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Le traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little, par César Roux (*Thèse de Paris*, 1899). — Le but que l'on doit poursuivre dans la maladie de Little, est de rendre aux membres leur usage fonctionnel et de permettre au jeune malade de marcher. Deux moyens doivent être employés dans ce but : 1° l'intervention chirurgicale ; 2° le traitement orthopédique.

L'intervention chirurgicale consiste en ténotomies, myotomies, tarsectomie, transplantation tendineuse ; elle doit être suivie de manipulations longues et minutieuses. Les formes spéciales de la maladie, c'est-à-dire les cas qui ne s'accompagnent pas de troubles cérébraux, sont les seules qui peuvent retirer un réel profit du traitement.

Quand les interventions necessaires ont été faites, les membres sont maintenus en bonne position dans des appareils plâtrés ; mais le segment de membre dévié n'a pas repris sa position anormale, il faut alors faire marcher graduellement l'enfant, à l'aide d'appareils spéciaux : le massage, la gymnastique, l'électricité seront tour tour employés. Enfin, le traitement hygiénique, l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes ou surtout de bains salés seront des adjuvants des plus utiles.

P. Sainton.

Maladie de Little : sa pathogénie et son traitement par le Dr Ramon Alvarez (*Revista de Medicina y Cirugia Pratica*, 25 mars 1900). — Après avoir rappelé les théories de Marie et Brissaud qui, comme on sait, attribuent la maladie de Little au manque de développement du faisceau pyramidal, se présentant ordinairement chez les enfants nés avant terme, et la théorie de Van Gehuchten, d'après laquelle la maladie est due simplement à un retard dans l'évolution descendante de ce même faisceau, l'auteur, d'après ce qu'il a observé, croit que la paralysie spasmodique infantile peut dépendre de deux causes: ou bien d'un processus inflammatoire infectieux ou traumatique suite d'un accouchement laborieux (maladie de Freund, incurable, de laquelle nous ne devons pas nous occuper), ou bien d'une paralysie purement d'origine vasculaire dont nous devons chercher la cause dans la mauvaise nourriture (allaitement artificiel, aliments impropres à la nutrition du nouveau-né), maladie curable par le changement de nourriture et par une thérapeutique rationnelle.

En face d'un petit malade dans ces conditions, les médications sont les suivantes: 1° Soumettre le malade à une nourriture en rapport avec l'activité de ses voies digestives; 2° Modifier la circulation de l'axe cérébro-spinal par une thérapeutique hygiénique et pharmacologique bien comprise.

Dans le cas qu'il cite, la médication employée fut le lait et le benzo-naphtol pour remplir la première indication. En plus, les pulvérisations d'éther sulfurique le long de la colonne vertébrale, alternées avec les applications d'eau froide le massage, les mouvements communiqués évitant tout ce qui pourrait être activité musculaire. Dans l'ordre pharmacologique, il ordonna l'huile de foie de morue iodée et le phosphergot (phosphate de soude et poudre d'ergot de seigle), 20 centigrammes par jour, en deux fois. Le traitement réussit en peu de temps.

F. Berini.

Le hoquet et son traitement. La traction continue ou maintenue de la langue, pratique de J. Noir (*Tribune Médicale*, 18 avril 1900). — La traction de la langue, non plus intermittente

mais continue, c'est-à-dire la langue maintenue hors de la bouche, par les doigts ou une pince, est un excellent traitement du hoquet. Le résultat est constant : cet arrêt de la langue en traction détermine très rapidement la suspension du spasme diaphragmatique. J. Noir, après Viaud et Laborde, a eu l'occasion de s'en servir dans plusieurs cas avec succès. Ce moyen mérite d'être recommandé parce qu'il est simple, pratique et ne nécessite aucun appareil.

P. Sainton.

Traitement de la neurasthénie (*Wiener med. Presse*, n° 6, 1900). — Dornbluth distingue dans les états neurasthéniques, les cas sans exacerbation de ceux qui présentent des poussées aiguës : pour ces derniers, le repos au lit est presque indispensable, car il exerce une influence sédative des plus nettes sur les céphalées, les angoisses, les vertiges, l'insomnie, etc. Au repos au lit on ajoutera l'isolement si le cas est très grave.

Comme traitement hydrothérapique, il suffit de se servir d'enveloppements de Priessnitz (l'eau doit être à 16° environ).

Le liquide sanguin des neurasthéniques est souvent défectueux : dans ce cas, les pilules asiatiques (jusqu'à 5 à 6 par jour, en partant lentement de la dose initiale de 2 par jour) rendront de grands services. Dans les formes dépressives graves, on recourra à la codéine (0,01 gr. trois fois par jour au début, on peut aller jusqu'à une dose dix fois plus forte).

E. Vogt.

Traitement des paralysies (*Deutsche Praxis*, 15 avril 1900). — Le Pr Zabludowski constate avec satisfaction que la tendance généralement adoptée par les praticiens dans le traitement des membres paralysés consiste à simplifier autant que possible les méthodes kinésithérapiques. Une fois la période des accidents aigus passée, on peut rendre les plus grands services à un hémiplégique, par exemple, en le soumettant à des exercices systématiques et à un massage à pression intermittente pendant que les mouvements actifs sont exécutés au commandement par le malade. Les mouvements seront simples, mais saccadés et faits par étapes successives pour éviter les contractures. Chaque séance ne doit pas durer plus de quinze à vingt minutes.

E. Vogt.

La chorée infectieuse (chorée de Sydenham) et son traitement, par Chr. Gram (*Journal des Praticiens*, 12 mai 1900. — La théorie de l'origine infectieuse de la chorée gagne de jour en jour du terrain : dans les vingt-cinq cas de chorée observés par l'auteur, une infection était survenue peu de temps avant la névrose dans seize cas (rhumatisme articulaire aigu, scarlatine avec arthropathies, otite moyenne) ; chez neuf malades, l'infection s'était déclarée la veille de l'apparition des mouvements désordonnés. De ses observations et des observations antérieures, l'auteur conclut que la véritable chorée, celle de Sydenham est une maladie d'infection : elle est souvent, et peut-être toujours, accompagnée de lésions viscérales telles que l'endocardite : son pronostic est loin d'être aussi bénin que le disent les manuels et les traités.

De ces considérations découlent des conclusions intéressantes pour la thérapeutique de la maladie : très souvent une angine précède la chorée, un traitement soigneux de celle-ci pourra constituer une véritable prophylaxie. La maladie déclarée, le premier soin que l'on doit prendre est de faire reposer les malades *au lit;* on abrège ainsi l'évolution de la maladie et on met les sujets à l'abri des petites émotions psychiques (taquineries, etc.). Si les mouvements sont très intenses, il ne faut pas hésiter à alimenter le patient à l'aide de la sonde œsophagienne. Pendant la période aiguë, on aura recours à l'antipyrine, au salicylate de soude, à la salipiryne; ce dernier médicament est préférable : on le donne à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, trois fois par jour en cachet, ou dans un bouillon d'avoine, ou battu avec un jaune d'œuf. Si la chorée devient chronique, le bromure de potassium ou les préparations arsénicales, pourront produire de bons effets.

P. Sainton.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine.

Des progrès récents réalisés dans le diagnostic et le traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales, par Dr Jacques (*Revue médic. de l'Est*, février 1900). — Un malade qui présente de l'enchifrenement unilatéral, qui excrète des mucosités souvent fétides, qui éprouve des douleurs dans le domaine du trijumeau ou une céphalée frontale gravative réclame du médecin un soulagement à sa céphalalgie dont la cause réside dans les sinus de la face.

Dans la forme aiguë, les douleurs sus ou sous-orbitaires sont plus vives, la joue, le sourcil sont chauds et douloureux et, tout à coup le malade expulse un muco-pus grumeleux et

fétide; l'amélioration qui en résulte n'est que momentanée.

Le diagnostic peut se faire par la rhinoscopie antérieure et postérieure, aidée par l'éclairage de la face suivant la méthode de Hering s'il s'agit d'une sinusite maxillaire.

L'éclairage du sinus frontal montre que la région interne du sourcil reste obscure si cette cavité est atteinte d'empyème.

Le traitement médical consiste en des irrigations nasales avec une solution bouillie et tiède de borax à 1 0/0, lavages qui sont répétés deux et trois fois par jour suivant l'abondance des secrétions. On y adjoint l'usage de pommades à l'acide borique, au menthol, au dermatol, à l'ichthyol ou des inhalations au benjoin et au menthol.

Pour les sinusites sphéno-ethmoïdales on usera de l'irrigation rétro-nasale.

On ne s'attardera pas trop à ce traitement médical, car, on peut admettre qu'une sinusite purulente qui date de plus de quinze jours, nécessitera pour sa guérison, une intervention chirurgicale.

L'opération variera suivant le sinus atteint et diverses circonstances propres à chaque cas.

A. Courtade.

Etude clinique et rationnelle de quelques états morbides dépendant de la pathologie des fosses nasales et des sinus par A. Kayser (*Th. Paris*, 1899). — Dans cet intéressant travail, M. Kayser, démontre l'influence des affections du larynx et la trachée.

Trois théories sont émises pour expliquer la pathogénie des reflexes d'origine nasale : 1° *dans la théorie du tissu érectif* de Hack, il faut que le cornet inférieur hypertrophié pour que le reflexe ait lieu ; 2° suivant *la théorie des zônes sensitives* l'excitation doit porter sur certains points déterminés de la muqueuse nasale pour provoquer le reflexe ; 3° enfin, d'après la théorie sensitive uniciste n'importe quel point de la muqueuse peut être le point de départ des reflexes pathologiques.

Ce n'est pas impunément que les secrétions nasales s'écoulent dans le pharynx, car elles peuvent provoquer une série de symptômes tels que: toux, spasmes de la glotte, troubles de la voix. etc., qui ne seront combattus efficacement qu'en s'attaquant à la cause.

Dans le chapitre. II M. Kayser étudie la pathologie des sinus de la face et passe en revue la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des sinusites.

A. Courtade,

L'otite sèche et son traitement chirurgical, par P. Brunel (*Th. Paris*, 1900). — Il faut distinguer la sclérose limitée à l'oreille moyenne de la sclérose généralisée qui atteint la labyrinthe ; la première seule est justiciable d'une intervention.

Le diagnostic de ces deux formes peut se faire à l'aide des diverses épreuves de l'audition justement interprétées ; la perte de la perception osseuse de la montre n'est pas une contre-indication absolue.

Il faut toujours commencer par l'incision du tympan ; si cela ne suffit pas, il faut pratiquer l'ablation du tympan et d'une partie de la chaîne des osselets et mobiliser l'étrier.

L'ablation de l'étrier, outre ses dangers, ne donne pas de meilleurs résultats que sa mobilisation.

La disparition ou la diminution des bruits subjectifs et parfois l'amélioration de l'acuité auditive succèdent à l'opération et durent tant que la formation du tissu cicatriciel, au niveau du tympan, ne remet pas les choses en l'état antérieur.

A. Courtade.

Surdité hystérique guérie par la suggestion, par Taptas (*Société Impériale de médecine de Constantinople*, 6 octobre 1899). — Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, devenu sourd à la suite d'une contrariété. L'examen local ne révèle que de la congestion du tympan. A la suite de l'examen de l'oreille, que le malade un peu primitif considère comme une série d'opérations et d'une seule suggestion lui annonçant que la dernière opération que l'on pratiquera sur lui sera radicale, le sujet guérit subitement. La nature de la surdité ne peut donc faire aucun doute.

P. Sainton.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Doit-on traiter les verrues? par H. Fournier (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, avril 1900). — Dans son travail, l'auteur ne veut envisager que la verrue vulgaire et la verrue plane juvénile.

En dehors de quelques cas très tranchés au point de vue des caractères objectifs, on voit souvent chez les malades les deux lésions côte à côte, émanant vraisemblablement toutes deux de la même origine, à savoir un produit d'ino-

culation s'implantant à la faveur d'une prédisposition individuelle et déterminant des altérations qui, au fond ne diffèrent guère.

On a vu quelquefois des éruptions verruqueuses céder à la suggestion. Les sorciers des villages n'agissent évidemment que par ce moyen, mais les quelques résultats obtenus par cette méthode ne permettent pas de rester inactif, il faut donc chercher une médication plus thérapeutique.

Dans bien des cas, lorsqu'on se trouve en présence d'une grosse verrue initiale entourée de petites verrues satellites à l'état naissant, il suffit de supprimer la mère pour tuer les enfants : parfois même des papillomes de volume moyen arrivent à la régression totale. Mais chez les patients qui portent plusieurs verrues adultes, on est toujours obligé d'opérer l'éradication de ces dernières pour observer un affaissement total des petites verrues encore planes qui les accompagnent.

Ces phénomènes semblent pouvoir être rapprochés d'un point très intéressant de l'histoire des névrodermites, encore inexpliqué. Celles-ci s'atténuent dans certains cas, sous l'influence d'une intervention pratiquée sur un seul des points malades de l'enveloppe cutanée.

Les verrues peuvent aussi disparaître du fait d'un léger traumatisme, ne portant pas sur le point exact où siège la verrue.

Un jeune homme de 18 ans, soigné pour une blennorrhagie, était porteur d'une grosse verrue papillomateuse siégeant dans le sillon de l'ongle. Cette néoplasie, qui n'a jamais été traitée, a disparu en deux jours à la suite d'une contusion du doigt, et sans que celle-ci ait porté sur la région voisine de l'ongle.

On a pu voir des verrues guérir seules, se flétrir, s'exfolier, tomber sans qu'on sache pourquoi, et aussi sans que des maladies intercurrentes aient eu à intervenir. La chutes des papillomes peut être ainsi générale.

En présence de ces faits un peu contradictoires, l'hésitation du médecin à adopter une ligne de conduite pourrait, à la rigueur, trouver sa justification s'il n'avait, pour intervenir, un puissant élément de détermination, à savoir le danger créé par la contagiosité des verrues qui, aujourd'hui, n'est plus mise en doute.

Le rôle du grattage semble évident dans les observations de contagion des verrues. On a remarqué fréquemment que des enfants portant des verrues typiques à la face dorsale des mains, s'étaient inoculé le bord des paupières par le frottement de ces dernières avec les doigts. On peut même citer des cas de contagion d'un individu à l'autre.

En raison de ces faits, le médecin ne doit pas hésiter à traiter les productions qui, dans les écoles, par exemple, pourraient se propager et atteindre en même temps un grand nombre d'enfants.

Il faut soigner les verrues parce qu'étant une cause d'enlaidissement inutile, elles peuvent en même temps être une cause de gêne pour le bon fonctionnement des organes dans le voisinage desquels elles se trouvent.

Il les faut soigner parce qu'elles peuvent être l'objet de souffrances inutiles à la suite de soulèvements partiels, d'arrachements incomplets, ou bien de chocs ou de compressions brusques.

Il les faut soigner, parce que certaines verrues longtemps négligées, irritées, exaspérées par des attouchements répétés ou des traumatismes fréquents, ont pu devenir l'origine de dégénérescences (et en particulier de l'épithélioma) ou le point de départ d'infections locales (syphilis) et d'affections phlegmoneuses.

Il les faut soigner encore, car rien ne prouve qu'il n'y ait pas une relation possible entre cette graine épidermique et la cancérose. L'auteur a relevé chez plusieurs cancéreux, des productions verruqueuses de vieille date.

Il faut détruire, tout d'abord, les grosses verrues isolées par les moyens ordinaires, et s'il y a généralisation de l'éruption verruqueuse, s'attaquer à toutes ces productions de moyenne grosseur tout d'abord, pour entreprendre ensuite, s'il y a lieu, la cure des petites. Il est toujours indiqué de traiter simultanément les verrues grosses et petites lorsque le malade demande à être débarrassé promptement ou lorsque le siège des néoplasies est par lui-même une indication. Il existe, pour le traitement des verrues, un très grand nombre de topiques. Mais l'abrasion, l'excision, le râclage, la destruction au galvano, employés avec mesure pour éviter les cicatrices, et à condition que leur application soit faite avec discernement, selon la forme même de la lésion, devront toujours être les procédés de choix, comme étant les plus rapides et les plus efficaces. Il sera toujours bon de traiter en même temps l'état général, quand il s'agit de névropathes, par les moyens habituels, et en particulier l'hydrothérapie.

E. Vogt.

Biiodosalicylate de soude dans le chancre mou (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 2, 1900). — Trolov a employé le biiodosalicylate de soude chez 40 malades atteints du chancre mou, et il est arrivé à cete conclusion que cette substance jouit d'une efficacité incontestable dans cette maladie. Son avantage principal sur l'iodoforme consiste dans l'absence d'odeur. Dans presque tous ses cas l'auteur a observé que l'ulcération se détergeait rapidement. Au début du traitement le biiodosalicylate de soude a été employé

tel quel, à la fin du traitement on s'est servi d'un mélange avec le talc en proportion de 2 0/0.

Dans les cas récents, lorsque l'ulcération n'est pas trop étendue, le mélange dans les proportions indiquées plus haut suffit; dans les cas chroniques on est obligé de recourir à des mélanges plus efficaces (10-50 0/0).

Le biiodosalicylate soude ne cautérise pas, mais il est employé pendant un laps de temps assez long, il finit par exercer une action délétère sur les tissus environnants, mais cette action délétère — à la condition bien entendu qu'elle soit surveillée de près — peut être utile.

La douleur déterminée par le biiodosalicylate de soude n'est pas très intense, parfois même elle manque totalement.

Dans un certain nombre de cas on n'a pas obtenu de résultat satisfaisant, mais dans ces cas il s'agissait — comme l'a démontré un examen approfondi — non pas d'un chancre mou, mais d'un chancre mixte.

J. Roubleff.

Traitement de l'ulcère de jambe par la crurine (*Dermat. Centrablatt*, n° 5, 1900). — Max Joseph a repris les expériencee de Forchheimer dont il a été question dans cette Revue (n° 3, 1900) sur l'efficacité du rhodanate de quinoline et bismuth (crurine) dans les cas d'ulcères de jambe. On sait que les rhodanates existent en quantités minimes dans les sécrétions de l'organisme, et Edinger avait admis *a priori* que ces sels jouaient sans doute dans l'économie un rôle actif qu'il s'agissait de définir. On a reconnu qu'ils présentent des propriétés bactéricides énergiques, et, qu'en particulier le sel combiné de quinoline et bismuth constitue un topique précieux ; c'est une poudre jaune rougeâtre, qui se conserve très bien à l'abri de l'humidité.

Les expériences de Max Joseph ont porte sur plus de 100 cas d'ulcères de jambe, que l'on peut diviser en trois groupes au point de vue de l'action de la crurine. Pour le premier groupe, contenant les ulcères douloureux avec sécrétion abondante, l'auteur conseille d'appliquer pendant quelques jours des compresses imbibées d'une solution d'acétate d'alumine et de saupoudrer ensuite avec le topique. Le second groupe concerne les cas où l'ulcère ne secrète pas et présente une tendance peu marquée à la formation de granulations : l'application immédiate de crurine est ici indiquée.

Si l'ulcère dépasse 3 à 4 centimètres de diamètre, quelle que soit sa nature, on commencera par appliquer un pansement à la colle de zinc (formule d'Unna) sur le pourtour de l'ulcère et on saupoudrera ce dernier avec de la crurine comme ci-dessus.

La crurine pure est bien supportée par beaucoup de malades, mais il arrive parfois que le topique provoque des douleurs, c'est pourquoi l'auteur recommande de l'additionner de parties égales de poudre d'amidon. Dans ces conditions la douleur devient très légère, ne dure qu'une dizaine de minutes et fait place à une sensation de bien être. Une application tous les jours et, dans certains cas, tous les 2 ou 3 jours seulement, suffit.

Les résultats ont toujours été supérieurs à ceux que donnent les autres procédés, car la régénération épidermique s'effectue sous l'influence de ce médicament avec une grande énergie. Le mode d'application est facile à exécuter et les malades peuvent vaquer à leurs occupations au cours du traitement.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien chef de clinique de la Faculté

Douze interventions chirurgicales pour tuberculose rénale, par Pousson (*in Bull. Soc. Chir.*, 1900, p. 382. — L'auteur relate à la Société de chirurgie, douze observations de tuberculose rénale opérée par lui, 5 néphrotomies, 1 néphrectomie secondaire précoce, 6 néphrectomies.

Il opère toujours par voie extra-péritonéale, lie séparément les vaisseaux de l'uretère.

Reynier, Tuffier, Albarran, puis Pousson, de nouveau, prennent part à une discussion à propos de cette communication, et les conclusions générales sont que la néphrotomie semble insuffisante car elle ne peut ouvrir toutes les cavernes, cavernules et foyers, qu'il faut s'assurer de l'état de l'autre rein avant de faire la néphrectomie (opération de choix), qu'il ne faut pas se servir de soie (qui s'infecte) mais de catgut (résorbable) pour lier le pédicule.

E. Chevalier.

Kyste hydatique du rein droit opéré par la methode du capitonnage. Rapide guérison, par Lejars (in *Bull. Soc. ch.* 1900, p. 485). — Une femme avait un gros kyste hydatique, plus volumineux qu'une tête d'adulte, à développement abdominal. Lejars l'opéra par la voie antérieure paraabdominale, incisa le kyste, le vida, enleva la membrane mère en entier, réséqua la

plus grande partie des parois du kyste (les 2/3) et pour supprimer le cul de sac qui restait, fit, suivant la méthode indiquée par Delbet pour les kystes hydatiques de l'abdomen; le capitonnage de la poche avec 4 à 5 catguts, puis fit sur la tranche une suture de Lembert, et enfin réunit l'abdomen sur trois plans sans fixer le kyste à la paroi. La guérison fut rapide et parfaite.

E. Chevalier.

Traitement opératoire des calculs rénaux et urétraux, par Israel (de Berlin) (in *29e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*).— L'auteur passe en revue les indications des opérations; dans ces cas, il conclut à la néphrolithotomie avec ouverture du rein sur son bord convexe.

On fera, après l'extirpation des calculs, la suture du rein si l'uretère est perméable et les urines claires, ou bien on laissera ouvert et on drainera, dans le cas contraire.

Dans les opérations sur l'uretère, il place une sonde à demeure dans l'uretère s'il n'a pas pu suturer la plaie urétrale; mais s'il a pu suturer cette plaie, il laisse ouverte la plaie rénale et ne met pas de sonde à demeure.

E. Chevalier.

La sonde à demeure dans le traitement de l'infection urinaire des hémorrhagies prostatiques et urétrales par F. Guyon, (*Presse médicale* n° 36, p. 221, 1900). — La sonde à demeure est le mode de drainage auquel on donne la préférence dans le traitement de l'infection urinaire fébrile. On y a recours lorsque les accidents généraux de l'infection ne cèdent pas, comme souvent il arrive, à la répétition suffisante des cathétérismes et aux lavages méthodiques.

Sur 50 cas d'infections, le drainage par la sonde à demeure a donné 42 guérisons. Le temps nécessaire pour obtenir, par la sonde à demeure, la défervescence chez les urinaires fébriles varie quelque peu suivant chaque cas. La défervescence absolue se produit souvent le premier ou le second jour (15 fois sur 52); la chute de la température peut être rapide ou progressive; mais, alors même qu'elle est lente dans sa progression, l'action de la sonde à demeure est le plus souvent immédiate. Quand la sonde à demeure ne détermine pas de défervescence, c'est que le danger est prochain.

La température reparaît d'autre part quand la sonde à demeure est prématurément enlevée ou lorsque son fonctionnement est entravé.

Pour que l'on puisse enlever la sonde sans danger, il faut que la chute de la température soit définitive, c'est-à-dire que la température vespérale ne s'élève plus au-dessus de 37°.

La plupart des malades gardent la sonde à demeure moins d'une semaine, 4 à 5 jours le plus souvent. Les plus gravement atteints atteignent quelquefois la quinzaine et la dépassent rarement. D'ailleurs le traitement ne comporte aucun inconvénient dans sa prolongation; l'un des malades de M. Guyon a gardé sa sonde pendant quarante-neuf jours.

L'ascension immédiate et plus ou moins prononcée de la température indique que la sonde a été retirée prématurément; dans ce cas l'indication est positive; il faut immédiatement replacer une sonde à demeure. Les déplacements de la sonde à demeure et son obstruction provoquent, eux aussi, un retour de la fièvre ou s'opposent à sa disparition. Un changement de sonde modifie assez rapidement la situation dans la majorité des cas.

Dans les cas où l'infection urinaire s'accompagne d'une notable augmentation de volume de l'un des reins, la sonde à demeure détermine aussi la chute de la température et l'on voit, sous son influence, le rein diminuer de volume.

En somme la sonde à demeure est le moyen de choix dans le traitement de l'infection urinaire.

Les effets sont également remarquables dans les hémorrhagies prostatiques, dans les hémorrhagies urétrales traumatiques.

G. Lyon.

Taille hypogastrique. Cystorraphie totale, par Delagrammatica (de Constantinople) (in *Gaz. Méd. d'Orient*, 1900, p. 61. — A propos de l'observation d'une fillette de huit ans, opérée pour un petit calcul, l'auteur conclut que la réunion de la vessie par première intention après suture est réalisable chez l'enfant bien plus encore que chez l'adulte. Il ne se sert pas du ballon de Petersen; mais il place une sonde à demeure dans la vessie et draine la cavité de Retzius.

Chez l'enfant il préfère la taille hypogastrique à la lithotritie.

E. Chevatier.

Cystostomie suspubienne pour cystite chronique interstitielle avec abolition de la capacité vésicale, par Loumeau (*in Journ. de Med. de Bordeaux*, 1900, p. 296). — C'est l'histoire d'un homme de 36 ans, atteint de cystite tuberculeuse, pour lequel Loumeau a fait la cystostomie suspubienne avec un bon résultat au point de vue de l'état local et de l'état général.

E. Chevalier.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

La sclérose utérine et la vraie métrite, par Richelot (*Soc. obst. et gyn. méd.*, 15 mai). — L'auteur trouve que la doctrine de l'infection a peut être trop simplifié la pathologie utérine : un chapitre unique, celui de la métrite, a remplacé tous les autres, et contient un pêle-mêle de tous les faits qui n'entrent pas dans l'histoire des tumeurs.

Il faut séparer de la métrite proprement dite, ou infection de l'utérus, une série d'états morbides qui sont généralement confondus avec elle. C'est une erreur de voir partout l'infection. Chez certaines jeunes filles, la congestion pelvienne, les douleurs névralgiques violentes, le catarrhe utérin ne sont pas une « métrite virginale ». L'utérus habituellement congestionné aboutit à la sclérose. L'hyperplasie de la muqueuse et du parenchyme, dans les états faussement dénommés métrite parenchymateuse, hémorrhagique, douloureuse chronique, ne sont pas d'origine inflammatoire : ces lésions muqueuses ou pariétales, observées en dehors de toute contamination puerpérale ou blennorrhagique, sont des troubles nutritifs ayant leur racine dans l'organisme : ces malades sont des arthritiques nerveuses.

L'utérus globuleux, encore peu développé, des jeunes femmes dysménorrhéiques, le gros utérus scléreux, lardacé ou vasculaire des femmes de quarante ans, enfin l'utérus géant, fibromateux, avec ou sans fibromes, forment une chaîne ininterrompue, une série pathologique évoluant sur le même terrain et liée au même tempérament morbide.

Il va sans dire que les femmes de ce tempérament peuvent s'infecter comme les autres. Il peut être difficile, sur un utérus congestionné et douloureux, de faire la part du trouble trophique et celle de la métrite vraie, et s'il est déplorable de perpétuer et d'exaspérer les souffrances des malades qui n'ont pas de métrite en s'acharnant à cautériser, à dilater, à gratter, à tamponner leur utérus, s'il est utile, au milieu de l'évolution d'une métrite incontestable, d'isoler par la pensée le type de l'arthritique nerveuse pour expliquer des symptômes qui ne relèvent pas de l'infection et appellent d'autres moyens thérapeutiques, ce n'est pas une raison pour négliger le traitement local de la métrite quand il est opportun.

Ce que M. Richelot ne peut admettre, c'est qu'on voie la métrite en bloc, pour ainsi dire, et qu'on dirige contre elle un traitement systématique. Il faut tenir compte de l'évolution, et, en rapprochant les dates et les signes qu'on a sous les yeux, juger à quel stade de la métrite la femme est arrivée, à quelle thérapeutique elle a droit.

S'agit-il de la blennorrhagie, en laissant de côté, bien entendu, les formes lymphangitiques et les altérations graves des annexes, et peut-on sûrement éliminer toute origine puerpérale ? Inutile de s'occuper de la muqueuse utérine : tout l'effort doit se concentrer sur le col, et toute la question est d'y exercer, suivant l'ancienneté et la profondeur des lésions, une action suffisamment destructive.

S'agit-il d'une infection puerpérale ? Une première question doit être posée : sommes-nous dans les quelques mois qui suivent l'accouchement, dans cette période incertaine, sans limites précises, et pouvons-nous croire à une inflammation survivant sur une muqueuse non régénérée ?

Si ce fait est possible nous n'avons plus qu'à observer, à nous enquérir des symptômes, à noter les caractères de la leucorrhée, la sensibilité du parenchyme utérin mise en regard de la sensibilité générale de la femme et de son degré de nervosisme. Et puis il y a les divers moyens d'exploration : cathétérisme, dilatation du col, exploration digitale, raclage et examen microscopique, recherche des micro-organismes ; il y a même des hystéroscopes, des lampes, des laveurs spéciaux. Chaque auteur a ses habitudes et ses procédés ; qu'il s'en serve, mais qu'il explore l'utérus quand il y a des chances pour qu'il soit malade et qu'il ne le traite qu'à bon escient.

Mais si l'origine des accidents est lointaine, si on a bien affaire à une métrite chronique, si enfin quelque maladroit n'est pas intervenu déjà pour écorcher et salir l'endométrium, il faut savoir qu'il n'y a rien à faire dans cette cavité, que derrière ce col on n'a rien à laver, rien à aseptiser, rien à gratter ; que sauf le cas d'hémorrhagies révélant des polypes ou un état congestif de la muqueuse, on n'a que faire d'aller tourmenter un utérus dont le segment inférieur est l'unique refuge de l'ancienne infection. Le seul traitement qui convienne donc est celui d'une métrite cervicale.

En résumé, il faut mettre en lumière ces trois points : 1° L'inutilité du traitement local de la métrite chez un grand nombre de femmes qui sont des arthritiques nerveuses et dont l'utérus n'est pas infecté ; 2° l'inutilité de la thérapeutique intra-utérine dans un grand nombre de

métrites infectieuses chroniques ; 3° l'importance relative de la métrite cervicale et de son traitement.

R. Blondel.

L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale. Procédé de J.-L. Faure, par M. Pétron (*Thèse de Paris*, 1900 in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 27 mai 1900). — Le procédé d'hystérectomie de J.-L. Faure, qu'étudie M. Pétron, s'adresse surtout aux utérus de dimensions normales ou de volume relativement faible.

C'est dire qu'il convient avant tout aux annexites doubles. Il permet d'arriver sûrement dans le vagin, au milieu du vagin, toujours entre les deux uretères. Il permet, après section de l'insertion vaginale du col, de libérer les annexes en les abordant par la base des ligaments larges et en les déroulant de bas en haut. Cette dernière manœuvre a la plus grande importance, et permet d'isoler très facilement des poches qui seraient presque impossibles à décortiquer en les abordant par en haut.

L'hémisection de l'utérus permet de faire, au gré de l'opérateur, soit une hystérectomie totale, soit une hystérectomie supravaginale.

R. Blondel.

Traitement des affections inflammatoires de l'utérus et des annexes par la chaleur sèche sous pression (*Wratsch*, n° 1, 1900). — Mansvietoff a fait construire un appareil spécial qui donne un jet continu d'eau chaude toujours à la même température. L'eau chaude passe par des tubes dans l'intérieur d'une sphère mince en caoutchouc noir qui est introduite dans le vagin. Grâce à cette manière de procéder, les inflammations, soit de l'utérus, soit du parametrium, soit enfin des annexes subissent deux actions : celle de la chaleur et celle de la pression. En modifiant le procédé, on peut arriver à appliquer trois modes de traitement :

1° Douche chaude et sèche seule ; 2° douche chaude et sèche et pression ; 3° pression seule.

Chaque séance dure de une à deux heures, soit tous les jours, soit tous les deux jours. La température est d'abord de 50°, mais petit à petit elle est portée à 55° et même à 60° : cette dernière température n'est employée que lorsque la sphère en caoutchouc dont nous avons parlé plus haut et qui est destinée à être introduite dans le vagin, a des parois assez épaisses.

Le traitement en question est appliqué par l'auteur dans la clinique du Pr Lebedeff depuis plusieurs mois. Sans se prononcer définitivement sur les résultats qu'on peut obtenir par son procédé, Mansvietoff se borne pour le moment à constater les points suivants :

1° La douche sèche ne détermine aucun accident ;

2° Elle diminue rapidement et pour longtemps les douleurs dans les organes du bassin ;

3° Elle calme le système nerveux, améliore le sommeil et l'appétit ;

3° Elle exerce une action sur la température, le pouls et la respiration (l'auteur n'indique pas quelle est cette action) ;

5° Elle exerce une action sur les règles, aux points de vue quantitatif et qualitatif ;

6° Elle détermine la résorption non douloureuse des exsudats pathologiques ;

7° Elle augmente considérablement les sécrétions de la cavité utérine.

J. Roubleff.

Carbure de calcium dans la pratique gynécologique (*Medicinskæ Obosrenie* N° 2, 1900). — Le carbure de calcium qui se trouve dans le commerce se présente sous forme de globules de couleur grise ; en le combinant à l'eau, il se décompose en acétylène et en soude.

Gronsdeff a employé cette substance dans les carcinomes utérins chroniques inopérables. Le traitement a été effectué de la façon suivante.

Après avoir désinfecté les parties génitales externes et le vagin, on met à nu le col : on éponge le vagin et la surface de la néoformation, et sur cette dernière on applique un ou deux morceaux de carbure de calcium, chacun du volume d'une noisette. Ceci fait, on fait un tamponnement du vagin. Au bout de un à trois jours, on enlève le tampon, on lave le vagin et parfois on répète la cautérisation. Dans quelques cas on emploie la poudre de carbure de calcium.

Ce traitement fut employé par l'auteur dans un assez grand nombre de cas, et voici les résultats qu'il a obtenus. Déjà après la première application, les excroissances molles et sanguinolentes tombent ; la chute des excroisssnces est suivie de formation d'un ulcère net peu ou pas du tout sanguinolent et peu sécrétant.

En ce qui concerne la durée de l'amélioration que nous venons d'indiquer, l'auteur ne peut pas se prononcer, étant donné qu'il s'est écoulé trop peu de temps. Mais ce qu'il tient à constater c'est l'efficacité incontestable du traitement au point de vue symptomatique. Ainsi les hémorragies s'arrêtent et cela quelle que soit leur intensité. Les douleurs, souvent atroces, diminuent et assez souvent disparaissent complètement. Les sécrétions fétides augmentent pendant le premier temps du traitement pour diminuer par la suite en même temps que leur fétidité devient bien moins intense.

Les améliorations que nous venons d'indiquer se maintiennent habituellement une semaine et

davantage : mais après les symptômes reviennent, et l'on est obligé de faire une nouvelle cautérisation. Jamais l'auteur n'a observé d'accident. Gronzdeff fait remarquer qu'il ne faut jamais employer simultanément avec le carbure de calcium le thermocautère.

La douleur déterminée par la cautérisation est rarement intense. En terminant son très intéressant mémoire, l'auteur ajoute qu'il a eu l'occasion d'employer la poudre de carbure de calcium dans les cas d'érosions et d'ulcérations bénignes de la portion vaginale de l'utérus et il a pu constater que les érosions les plus mal soignées se sont cicatrisées rapidement dès la première cautérisation.

D. Roublevf.

Traitement du prurit vulvaire et des affections parasitaires, par Verchère (*Médecine moderne*, n° 25, p. 185, 1900). — Avant tout, il convient de traiter la cause qui peut être très variable, c'est-à-dire, suivant les cas combattre la métrite, la vaginité, enlever les polypes uréthraux, faire disparaître les parasites (oxyures), traiter le diabète, etc. On ne considérera le prurit comme idiopathique, c'est à-dire d'origine nerveuse, que si l'on ne peut incriminer une cause locale ou une affection diabétique.

Comme traitement local, on emploiera d'abord des lotions émollientes suivies d'application d'une poudre inerte, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, isolés ou mêlés à parties égales avec du talc pulvérisé.

L'eau très chaude en douche vulvaire, les grands bains tièdes prolongés donnent souvent de très bons résultats.

Brocq recommande, si le grattage a déterminé un état d'irritation des parties, d'employer des lotions additionnées d'un peu d'eau blanche, d'un peu de bromure de potassium (1 p. 500 ou 200) ou chloral (1 à 2 0/0), ou encore de borate de soude, d'hydrolat de laurier cerise ou de quelques gouttes d'essence de menthe.

Le sublimé est certainement l'agent le plus efficace contre le prurit vulvaire :

Bichlorure de mercure.	2	grammes
Alcool.....	10	—
Hydrolat de roses.....	40	—
Eau distillée.....	450	—

(Tarnier).

Les lotions sont répétées matin et soir. Les premières, causant une cuisson vive, seront suivies d'un lavage à l'eau fraîche.

L'acide phénique rend aussi de grands services.

Les solutions de cocaïne en lotions ou en applications permanentes n'amènent qu'une sédation momentanée.

On a encore employé des pommades contenant du bromure de potassium, de l'extrait de belladone, etc.

Dans les cas rebelles, l'électricité soit galvanique, soit faradique, ont donné l'une et l'autre des résultats satisfaisants. Il en est de même des scarifications linéaires quadrillées.

Comme moyens généraux de traitement, on emploiera contre le prurit idiopathique, le bromure de potassium, les valérianates, parfois l'antipyrine; l'hydrothérapie, les douches froides.

Parmi les parasites que l'on peut rencontrer à la vulve, citons : l'oïdium albicans qui a été constaté chez les très jeunes enfants athrepsiques, malpropres et chez les vieillards cachectiques et parfois chez les jeunes femmes. sous l'influence de la grossesse. On le combattra au moyen de solutions de sublimé tièdes à 1 1/000 (sans alcool), des lavages avec des solutions alcalines concentrées.

L'acné varioliforme de Bazin (mollus cum contagiosum) est très fréquent à la face externe des grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, etc.

On a proposé des applications de savon mou de potasse, de teinture d'iode, de pommades mercurielles, naphtolées, tous moyens qui déterminent une inflammation superficielle exfoliante du derme et de l'épiderme.

Dans les cas d'éruption très confluentes, aux éléments volumineux, Brocq conseille d'essayer des lotions astringentes, telles que les solutions d'alun, de sulfate de fer, etc...

Le traitement chirurgical est le plus simple et le plus efficace. On vide la tumeur par la compression avec une pince à disséquer et on en cautérise la base avec la pointe d'un crayon de nitrate; on peut encore exciser la tumeur au niveau de sa base avec des ciseaux courbes. On supprime la douleur en anesthésiant chaque élément avec un jet de chlorure d'éthyle. Le thermocautère (pointe fine) permet aussi de détruire complètement la tumeur; mais il faut lui préférer le galvanocautère à peine douloureux.

Les oxyures qui ont émigré vers la vulve sont facilement détruits par les lavages à l'eau salée, à la glycérine pure. Les pédicules sont détruits par les lotions de vinaigre additionné de sublimé (1 gr., p. 300). On calmera l'irritation consécutive par l'application de cold-cream ou de vaseline boriquée. Il ne faut pas employer les pommades mercurielles, en raison des dangers d'absorption du mercure par les régions couvertes de poils.

On peut aussi employer le naphtol en suspension dans l'huile d'olive :

Naphol B.....	5	grammes
Huile....	50	—

Deux applications par jour.

G. Lyon.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Nouveau danger de l'emploi du chloroforme, par E.-G. ASSELIN (*Union médicale du Canada*, janvier 1900). — L'auteur signale le danger d'employer le chloroforme dans une chambre mal aérée qui serait éclairée au gaz.

Les vapeurs de chloroforme en contact avec le gaz d'éclairage produisent une toux très forte et de la suffocation, et ce n'est pas toujours un malaise temporaire qui apparaît; dans différents cas, l'on a observé que la formation de ces vapeurs avait amené la mort par dyspnée; ces accidents peuvent se produire tant chez le patient que chez celui qui administre le chloroforme, ou chez toute autre personne présente à l'opération.

Lorsque les vapeurs de chloroforme arrivent en contact avec les vapeurs dégagées par un bec d'éclairage allumé, l'oxyde de carbone se combine directement avec le chlore pour former un gaz qu'on nomme chloroxycarbonique ou chlorure de carbonyle. Un volume d'oxyde de carbone se combine avec un volume de chlore pour former un volume de gaz chloroxycarbonique.

La densité de ce dernier représente la somme de densité des gaz oxyde de carbone et chlore. C'est un gaz suffocant. Il est décomposé par l'eau avec formation de gaz carbonique et d'acide chlorhydrique.

$$\underset{\text{(chlorure de carbonyle)}}{COCl^2} + \underset{\text{(Eau)}}{H^2O} = \underset{\text{(Acide chlorhydrique)}}{H^2Cl^2} + \underset{\text{(gaz carbonique)}}{CO^2}$$

A cause de sa densité, le gaz chlorure de carbonyle est beaucoup plus dangereux lorsque l'on administre le chloroforme sur un lit très bas plutôt que sur une table.

Il va sans dire que dans une pièce bien aérée il n'y a aucun danger.

E. VOGT.

Injections sous-cutanées d'arsenic (*Wratch*, n° 11, 1900). — Le P' STANGUE rapporte le cas d'une fillette portant depuis plusieurs années des ulcérations scrofuleuses au cou et à la poitrine, dont on n'a jamais pu obtenir la cicatrisation malgré toutes sortes de traitements employés. Or, à l'heure actuelle, à la suite de 14 injections d'arséniate de potasse (à 0 gr. 002), la cicatrisation est en pleine évolution. D'après les observations de Pr Stangue, l'arsenic agit incontestablement sur la formation des globules rouges, ce qui du reste peut être démontré par l'évaluation de ces globules aussi bien dans les formes ordinaires de l'anémie que dans les affections les plus graves comme la leucocythose. L'auteur rapporte justement un cas de leucocythose grave, ou avec les injections sous-cutanées d'arséniate de potasse à la dose de 0 gr. 002 à 0 gr. 004 par jour, le nombre des globules rouges augmentait constamment, en même temps que l'hémoglobine. Au bout de quelques mois, le nombre des globules rouges est monté de 3 millions et demi à 5 millions; la proportion des globules blancs par rapport aux rouges a diminué de 1/27 à 1/50 et la quantité d'hémoglobine de 76 0/0 à 86 0/0. L'auteur, passant ensuite au traitement des maladies nerveuses par l'arsenic et en se basant sur son expérience personnelle, arrive à cette conclusion que les névralgies avec diminution des réflexes et excitabilité nerveuse peu prononcée, peuvent être améliorées par de petites doses, tandis que dans l'hystérie avec grande excitabilité nerveuse et réflexes exagérés, il est nécessaire d'employer des doses élevées (jusqu'à 0 gr. 006 par jour.) Pour ces injections, l'auteur emploie la formule suivante:

Arséniate de potasse.	0 gr. 02 cent.
Chlorure de sodium..	0 gr. 06 —
Eau chloroformée....	10 grammes

Il faut prendre le sel de potasse, car il est probable que l'arsenic se dépose dans les cellules sous forme de ce sel. D'un autre côté il faut préparer la solution physiologique à l'eau simple parce que cette solution ne détermine aucune irritation des tissus et s'absorbe avec une très grande rapidité: le sel arsenical est absorbé en même temps que la solution physiologique.

Enfin, on emploie l'eau chloroformée pour conserver la solution; on sait en effet que dans l'eau chloroformée les organismes inférieurs se développent très difficilement. En effet, l'expérience a montré que ces solutions préparées avec de l'eau chloroformée restent longtemps transparentes et stérilisées. C'est du reste le seul but qu'on puisse poursuivre par l'emploi de l'eau chloroformée, car son action anesthésique, étant donné la quantité insignifiante d'eau qu'elle contient, est à peu près nulle. Les injections sont pratiquées dans la couche sous-cutanée des fesses. On injecte tous les jours de une à trois seringues de Pravaz. La durée du traitement est de trois à cinq semaines, d'une façon ininterrompue. Après un intervalle de quatre semaines le traitement peut être renouvelé.

Les injections sous-cutanées d'arsenic sont indiquées:

1° Dans les cas où il est nécessaire d'avoir une action rapide;

2° Dans les cas où l'on cherche à introduire dans l'économie de grandes quantités d'arsenic;

3° Dans les cas où l'introduction de l'arsenic par la bouche est impossible, par suite de l'existence d'une affection gastro-intestinale ou bien par suite d'une sensibilité toute particulière des intestins et de l'estomac, par rapport à l'arsenic, sensibilité qui se traduit comme on sait par des douleurs épigastriques suivies de troubles gastriques.

A. Roubleff.

L'ophtalmie causée par la dionine : son imiportance thérapeutique, *(Therap. Monatshefte,* mai 1900). — On sait que lorsqu'on introduit de la dionine en poudre dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de l'œil, on provoque une congestion vasculaire marquée des milieux oculaires et un anesthésie plus ou moins prononcée : immédiatement après, on voit se développer une ophtalmie tout spécialement intense quand l'œil présente une modification pathologique de la circulation du tissu conjonctif : si l'œil est absolument normal, le phénomène ne se produit pas. Chez les lymphatiques et les scrofuleux, les troubles sont tout spécialement marqués. La pupille se rétrécit en même temps quelque peu et la tension iutra-bulbaire diminue dans certain s cas. La péronine donne lieu à de troubles analogues, mais elle est peu soluble dans l'eau, tandis que la dionine est très soluble.

Wolffberg préfère, pour cette raison, la dionine qu'on peut employer en nature. Il accorde à l'ophtalmie ainsi obtenue une valeur thérapeutiqne importante, car on se trouve en présence d'une véritable inondation lymphatique qui s'obtient en quelques minutes et exerce une action manifeste sur les processus ulcératifs de la cornée et sur les phénomènes douloureux que ces processus entretiennent. En cas de blessure de l'œil, l'ophtalmie dionique rend de même de grands services, aussi l'auteur s'est-il décidé à essayer ce traitement chez ses opérés de cataracte. La plaie cornéenne guérit rapidement par première intention sous l'influence de cette médication ; le larmoiement favorise la toilette de l'œil et le chemosis de la conjonctive exerce une action mécanique dans le sens d'un rapprochement des bords de la plaie : le gonflement des paupières empêche enfin le malade de les remuer, ce qui assure une immobilisation favorable à la guérison. Les 21 cas dont l'auteur dispose, ont guéri, grâce à la dionine, avec une facilité remarquable : le topique a toujours été introduit dans le cul-de sac conjonctival de suite après l'opération. Pendant les trois premiers jours, le pansement est changé une fois par jour et chaque fois on se sert de dionine : plus tard, le médicament devient inutile, car toute chance d'infection est alors écartée.

Dans les cas d'érosion cornéenne superficielle récidivante, la dionine remplace avantageusement la cocaïne : celle-ci, en effet, exercera sur la nutrition et l'épithélium cornéen un influence dépressive.

Le rétrécissement pupillaire produit par la dionine est peu marqué et ne saurait résister à l'action mydriatique de l'atropine, on peut donc fort bien combiner ces deux substances dans le traitement de l'iritis par exemple.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Bureau central. — Le concours pour la nomination de six médecins des hôpitaux vient de se terminer par les désignations suivantes :

MM. Bruhl, Renault, Soupault, Besançon, Gouget, Macaigne.

Nous adressons à notre excellent collaborateur, le Dr Soupault, nos bien vives félicitations.

Congrès. — Le Comité Exécutif Français du *XIIIe Congrès International de Médecine* (Paris, 2-9 août 1900), a l'honneur d'informer MM. les Membres du Congrès que, *pour pouvoir être inscrits au Programme officiel* les titres des *Communications* devront être reçus aux Bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris,

avant le 1er juin, dernier délai.

Les adhésions seront reçues *jusqu'au 15 juillet.*

Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la Section choisie, et un mandat-poste de *vingt-cinq francs* au docteur Duflocq, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

— Le Comité exécutif a décidé qu'il n'y aurait pas de *Journal officiel du Congrès.*

Pendant la durée du Congrès il sera publié chaque jour, par les soins du Secrétariat général, un programme donnant toutes les indications afférentes pour la journée.

Un bureau de la Presse sera organisé pour la presse française et étrangère du 30 juillet au 10 août.

D'ici là, toutes les indications nécessaires seront fournies au Secrétariat Général du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les médecins dans le Jury de l'Exposition Universelle de 1900. — Par décret du Président de la République, en date du 15 mai dernier, sont nommés Membres du Jury de l'Exposition universelle de 1900, ceux de nos confrères dont les noms suivent (Les nos placés entre parenthèse sont ceux des différentes classes du Jury :

MM. Berger, professeur à la Faculté de Médecine (16); les Drs Bornet, de l'Institut (III); Pr Brouardel, de l'Institut (III); Brousse, conseiller municipal (III); Dubois, député (51); Galippe, dentiste des hôpitaux (16); Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de Médecine (16); Heim, professeur agrégé à la Faculté de Médecine (41); Henneguy, professeur au Collège de France (42); Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux (16); Le Dentu, professeur à l'Académie de Médecine (16); Marey, professeur de l'Institut (12); Martin, du Comité consultatif d'hygiène (III); Pinard, professeur de l'Académie de Médecine (16); Pozzi, de l'Académie de Médecine (16); Proust, professeur à l'Académie de Médecine (III); Regnard, de l'Académie de Médecine (5); Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur (III); Roussel, de l'Institut (112); Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de Medecine (16); Villejean, député, professeur agrégé à la Faculté de Médecine (III); Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, à Lille (III); Heckel, professeur à la Faculté des Sciences de Marseille (41).

Assurance médicale mutuelle. — M. L. Bélières, vice-président de la Société du IXe arrondissement de Paris, vient de prendre l'initiative d'un projet très intéressant.

Il s'agit de fonder une société d'assurance mutuelle sans frais généraux, sans bureaux, sans actionnaires, sans limite d'âge, sans examen préalable.

Cette société, idéale par sa simplicité, fonctionnerait de la façon suivante :

Chaque fois qu'il surviendra un décès parmi les membres de la Société du IXe arrondissement, tous ses membres s'engagent à payer une somme de *cinq francs* qui sera versée de suite non à titre de secours, mais comme une dette, à la famille du sociétaire décédé, quelle que soit sa situation de fortune, la famille restant libre de rendre la somme à la Société qui décidera de son emploi.

Pour la Société, qui compte 220 membres, il s'agirait donc d'une somme de 1.100 francs. Or, les statistiques montrent que la moyenne des versements annuels ne dépassera pas 15 francs.

Si on se rend compte que les compagnies d'assurances exigent 38 fr. 34 pour assurer une somme de 1,000 francs à quarante-cinq ans, on verra combien le projet de M. Bélières peut être utile. Toutes les sociétés médicales feront bien de l'étudier.

Réclame médicale. — Voici une annonce que nous avons cueillie dans un grand journal du matin et que nous reproduisons sans commentaires, car il y en aurait trop à faire :

Exposition universelle. — On trouve en permanence à *L'Institut médical X (1er étage-ascenseur) des docteurs de la Faculté de médecine de Paris, parlant toutes les langues.*

En vue de l'Exposition, l'Institut a crée *Le Carnet médical*, lequel par un mode d'abonnement nouveau, donne droit, pour Paris, aux soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, pendant une semaine, un mois ou dix mois.

Le prix des Carnets varie de 10 à 75 fr.

Renseignements et vente des carnets, à Paris, à la Société X, et dans ses succursales de province.

BIBLIOGRAPHIE

L'électricité et ses applications, par le Dr Foveau de Courmelles (Collection des Livres d'or de la science). — Un beau volume illustré, 1 franc. Schleicher frères, éditeurs à Paris.

L'électricité, comme on l'a dit, est une fée à la baguette magique : on en peut juger par les résultats que nous avons chaque jour sous les yeux et par les transformations qu'elle opère. Mais à quoi tient cette puissance ! Comment a-t-elle pu être découverte par l'homme, ce qui ne serait rien encore en présence du fait colossal actuel de voir cette puissance agir, fonctionner sous la main de l'homme, disciplinée en quelque sorte par lui qu'elle pourrait anéantir en une seconde par une simple secousse. Voilà des problèmes troublants ! Plus troublantes encore et plus merveilleuses sont les applications qu'on a pu faire de cette force, — oui, l'utilisation à notre vie, tant sociale que domestique et individuelle. Lumière, son, chaleur, force, et force à un degré suprême, elle nous donne tout cela. Demain, elle nous donnera bien d'autres choses que nous ne soupçonnons même pas encore ! La nature a ainsi des ressourees prodigieuses, intarissables, ou elle met à notre disposition, à notre appel, pour ainsi dire, nous voulons dire à l'appel de la science. Mais quand celle-ci a trouvé, chacun de nous en bénéficie aussitôt. Et nous n'avons qu'à en juger par toutes les applications que M. Foveau de Courmelles nous décrit, dans une série de chapitres d'une variété infinie, et dont, faute de place, nous ne pouvons donner ici qu'une énumération sèche. et encore de quelques-uns des principes seulement, tels que l'électricité statique et la foudre ; les aimants et le magnétisme minéral ; les sonneries et appels électriques ; les télégraphes et les téléphones ; la lumière électrique; l'électricité industrielle ; l'électricité médicale ; les rayons X... ; le kinétoscope et le cinématographe ; les horloges électriqnes, etc.

Chacun de ces chapitres pourrait être un volume et nous en donnons la substance. Le livre entier est un tableau d'ensemble, brillamment présenté et éclairé par d'utiles illustrations, M. Foveau de Cormelles, grâce à son talent d'exposition, a su en effet, retenir l'attention, malgré l'aridité du sujet.

La scrofule et les infections adénoïdiennes, par P. Gallois, ancien interne des hôpitaux de Paris (Soc. d'éditions scientifiques, éditeur).

M. Gallois, dans un petit volume de plus de 500 pages qui vient de paraître, expose ses idées essentiellement personnelles sur la scrofule et les infections adénoïdiennes.

Les diverses manifestations de la scrofule sont exposées dans autant de chapitres distincts : scrofulides de la peau, du cavum, du pharynx, du nez, de l'oreille, de l'œil, des muqueuses génito-urinaires, des ganglions, des os et des articulations, des viscères.

Vient ensuite un chapitre de synthèse générale de la scrofule qui peut se résumer ainsi : la scrofule, en tant que terrain prédisposant à diverses affections, que l'on rattachait autrefois à la scrofule, n'existe pas ; le point de départ et la cause unique de ces manifestations variées, est la présence dans le pharynx supérieur de végétations adénoïdes qui peuvent s'infecter. « Les accidents scrofuleux ont été la conséquence d'une affection adénoïdienne » dit-il, à propos d'une malade qui a présenté la plupart des manifestations rattachées à la scrofule.

Quelles que soient les objections que l'on puisse faire à une théorie aussi exclusive et qui, du reste, ont été faites lors d'une discussion à la Société de thérapeutique sur ce sujet, l'ouvrage de M. Gallois est des plus intéressants à consulter, d'autant plus que le traitement des diverses manifestations est clairement exposé.

A. Courtade.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier Directeur 3, rue Bourdaloue Paris | Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès international de la Presse médicale en 1900.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT GÉNÉRAL

Article premier. — Conformément à l'arrêt ministériel en date du 11 juin 1899, il est institué à Paris, au cours de l'Expositions universelle de 1900, un Congrès international de la Presse médicale.

Art. 2 — Ce Congrès s'ouvrira le 26 juillet 1900, au pavillon de la Presse, dans l'enceinte de l'Exposition. Les séances suivantes auront lieu à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre de l'École pratique). Sa durée sera de trois jours.

Art. 3. — Ce Congrès comprendra des membres titulaires et des membres adhérents.

Pourront faire partie du Congrès, à titre de *membres titulaires*, les propriétaires, les rédacteurs en chef, les secrétaires de rédaction, les rédacteurs attitrés, les éditeurs de journaux médicaux et de journaux de sciences médicales, les docteurs en médecine rédacteurs de chroniques scientifiques dans la presse politique, les conseils judiciaires de journaux médicaux.

Le montant de la cotisation des membres titulaires est fixé à 25 francs.

Pourront être *membres adhérents* du Congrès les personnes de la famille des membres titulaires, les docteurs et étudiants en médecine, et, d'une façon générale, toutes les personnes s'intéressant à la Presse médicale.

Le montant de la cotisation des membres adhérents est fixé à 10 francs.

Les deux catégories de membres du Congrès auront le droit d'assister à toutes lés séances de la session, aux fêtes, réceptions ou excursions qui pourront être organisées à l'occasion du Congrès. Les membres titulaires, seuls, auront voix délibérative au cours des séances et pourront présenter des travaux. Les délégués des administrations publiques françaises et étrangères jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Toute personne désirant faire partie du Congrès comme membre titulaire ou comme adhérent devra envoyer son adhésion au secrétaire général de la Commission d'organisation, avant le 20 juillet 1900. Le montant des cotisations devra être adressé au trésorier, avant l'ouverture de la session, soit directement, soit par mandat postal.

Art. 4. — Les membres du Congrès recevront une carte, stictement personnelle, qui sera exigée à l'entrée de la salle des séances. Toute carte prêtée sera immédiatemant retirée.

Art. 5. — Le Congrès comprendra :

Une séance publique d'ouverture (26 juillet), à 2 heures;

Deux séances générales (27 et 28 juillet), à 2 heures;

Deux séances de section (27 et 28 juillet), à 9 heures du matin ;

Des visites à des établissements scientifiques ou présentant un intérêt professionnel pour les membres du Congrès.

Art. 6. — Les travaux présentés au Congrès sur les deux questions mises à l'ordre du jour de la session seront discutés en séance générale.

Art. 7. — Pour les séances du matin, le Congrès se divisera, s'il y a lieu, en deux sections :

1° Technique du journalisme médical;

2° Déontologie spéciale de la Presse médicale. — Questions diverses.

Art. 8. — Les langues officielles du Congrès sont le français, l'allemand, l'anglais et l'italien.

Art. 9. — Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins de la Commission d'organisation. Celle-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Nota. — Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. le Dr Blondel, secrétaire général de la Commission d'organisation, à Paris, rue de Castellane, 8.

Commission d'organisation

MM.

F. Alcan, éditeur à Paris; Archambaud, rédacteur en chef de la *Revue médicale*.

Barbier, médecin des hôpitaux; Bardet, chef de laboratoire, à la Pitié, rédacteur en chef des *Nouveaux remèdes;* Baudouin (Georges), rédacteur en chef des *Annales d'hydrologie;* Baudouin

(Marcel), préparateur à la Faculté de médecine de Paris, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris;* Bérillon, rédacteur en chef de la *Revue de l'hypnotisme;* Bilhaut, rédacteur en chef des *Annales de chirurgie et d'orthopédie;* Blondel, chef de laboratoire à la Charité, rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique;* Bolognesi, secrétaire de la rédaction du *Bulletin de thérapeutique;* Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical;* Budin, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de l'*Obstétrique.*

Cabanès, rédacteur en chef de la *Chronique médicale;* Cezilly, rédacteur en chef du *Concours médical;* Chervin, rédacteur en chef de *la Voix;* Chevallereau, rédacteur en chef de la *France médicale;* Cornil, sénateur, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, ex-rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales.*

Déléage, rédacteur en chef de la *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie;* Delefosse, rédacteur en chef des *Annales des maladies des organes génito-urinaires;* Doin, éditeur à Paris; Doléris, accoucheur des hôpitaux, rédacteur en chef de la *Gynécologie;* Duplay, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef des *Archives générales de medecine.*

Fournier, rédacteur en chef du *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.*

Galezowski, rédacteur en chef du *Recueil d'ophtalmologie;* Gauthier, rédacteur en chef de la *Revue internationale d'électrothérapie;* Gilles de la Tourette, médecin des hôpitaux, directeur de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière;* Gougenheim, médecin des hôpitaux, rédacteur en chef des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx;* Gourichon, rédacteur en chef du *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine;* Granjux, secrétaire de la rédaction du *Bulletin médical.*

Huchard, membre de l'Académie de médecine; rédacteur en chef du *Journal des praticiens.*

Janicot, rédacteur en chef du *Bulletin médical;* Jayle, secrétaire de la rédaction de la *Presse médicale;* Joffroy, professeur à la Faculté, rédacteur en chef des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.*

Laborde, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Tribune médicale;* Landouzy, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Revue de médecine;* Laurent, rédacteur en chef de *l'Indépendance médicale;* de Lavarenne, rédacteur en chef de la *Presse médicale;* Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie;* Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie;* Le Sourd, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux;* Lévy, rédacteur en chef de la *Revue illustrée de polytechnique médicale;* Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris.*

Masson, président de la Chambre de commerce, éditeur à Paris; de Maurans, rédacteur en chef de la *Semaine médicale;* Meyer, rédacteur en chef de la *Revue générale d'ophtalmologie;* Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des eaux.*

Natier, rédacteur en chef de la *Revue internationale de laryngologie;* Noir, rédacteur en chef du *Bulletin officiel de l'Union des syndicats médicaux de France.*

Olivier, rédacteur en chef de l'*Arsenal médico-chirurgical contemporain.*

Panas, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef des *Archives d'ophtalmologie;* Pichevin, rédacteur en chef de la *Semaine gynécologique;* Pouillet, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats.

De Ranse, ancien rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris;* Régnier, rédacteur au *Progrès médical;* Richet, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Revue scientifique;* Robin, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique;* Rochet, avocat à la Cour d'appel, avocat-conseil de l'Association de la Presse médicale française; Rodet, rédacteur en chef des *Annales d'hydrologie, de climatologie et de balnéothérapie;* Romme, rédacteur à la *Tribune médicale.*

Schwebisch, secrétaire de la rédaction de *l'Estafette.*

Talamon, médecin des hôpitaux, rédacteur en chef de la *Médecine moderne;* Terrier, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, rédacteur en chef de la *Revue de chirurgie;* Touvenaint, rédacteur en chef de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques.*

Valude, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique;* Variot, médecin des hôpitaux, ex-rédacteur en chef du *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles;* Verneau, rédacteur en chef de *l'Anthropologie;* Villemin, chirurgien des hôpitaux; Vogt, secrétaire de la rédaction de la *Revue de thérapeutique.*

TRAVAUX ORIGINAUX

SULFHYDROTHERAPIE ANTIMICROBIENNE

par le Dr de Lada Noskowski, de Marseille

(Suite)

III

Après mes expériences sur les chiens, je commençai craintivement l'application la sulfhydrothérapie par transfusion dans les cas désespérés de la diphtérie. Les effets ont été surprenants, et malgré cela, ce procédé thérapeutique ne pouvait pas se généraliser. Il était trop délicat, exigeait trop de connaissances d'analyse chimique; car l'acide sulfhydrique très instable doit être dosé à chaque transfusion et la quantité de sérum calculée selon son titre. La transfusion n'est pas douloureuse, mais elle laisse une grande inflammation qui finit souvent par un phlegmon aseptique, mais toujours désagréable.

Pour obvier à cet inconvénient que l'on ne rencontre pas chez les animaux, j'ai imaginé un accouplement de deux transfuseurs, un avec le sérum sulfhydrique, l'autre avec le sérum normal agencés de façon que l'on pouvait diriger le courant de l'un ou l'autre liquide dans les mêmes aiguilles en renversant le robinet. Cette complication n'a pas remédié au phlegmon thérapeutique et la sulfhydrothérapie a subi un temps d'arrêt. Pour prouver son efficacité, je donne ici une observation contrôlée par un confrère très distingué :

IIIe Observation. — Le 27 mars 1894, au soir, je vis par hasard le petit Chamosé, âgé de cinq ans, traité depuis huit jours, par M. le Dr Goy, d'une angine hypertoxique et condamné sans ressource. En effet, l'engorgement ganglionnaire énorme et la somnolence stertoreuse indiquent une intoxication extrême. La gorge et le voile du palais du palais étaient tapissées d'une fausse membrane mince en nappe. Le jettage du nez indiquait l'envahissement de la pituitaire. Depuis deux jours, le malade refusait tout aliment.

Je fis prévenir M. Goy que, malgré l'état désespéré du malade, on pouvait tenter le traitement sulfhydrique. Avec une urbanité charmante, mon confrère s'est rendu à cette invitation; et à minuit nous faisions à notre malade une transfusion de 75 cc. de sérum titré à 3 0/0 d'acide sulfhydrique, soit 0 gr. 225 et par les mêmes aiguilles 250 cc. de sérum phosphaté pour le lavage du sang. Nous n'ordonnâmes aucun médicament que les injections boriquées dans la gorge et le nez.

Le 28, à sept heures du matin, il y eut un changement visible, la gorge était libre, les urines abondantes non albumineuses, l'enfant avait repris connaissance et buvait du lait. L'engorgement cervical avait considérablement diminué. Je me contentai alors de faire une transfusion de 255 cc. de sérum normal.

A 9 heures du soir, j'apprends que l'enfant avait un peu mangé dans la journée. Ses urines sont belles et abondantes, les piliers antérieurs sont encore couverts par la fausse membrane reproduite. Je fais une transfusion de 100 cc. du sérum sulfhydrique à 3 0/0, soit 0 gr. 30, et 200 cc. de sérum normal.

Le 29, à 7 heures du matin. Le malade avait bien dormi, uriné abondamment, bu du lait, mangé de la viande crue au Frontignan. L'engorgement était presque nul, les fausses membranes avaient complètement disparu. Transfusion de 250 cc. de sérum normal.

A 7 heures du soir, nous revoyons le malade avec le Dr Gay. Nous le trouvons dans un si bon état que nous le déclarons hors de danger. Par précaution nous transfusons 250 cc. de sérum normal. Le 30, état stationnaire, le malade se nourrit.

Le 31 au soir, M. Gay me fait prévenir que les fausses membranes avaient repullulé dans la gorge ; je constate aussi leur présence dans le nez. Je fis immédiatement une transfusion de 75 cc. de sérum sulfhydrique et 250 cc. de sérum normal. Les deux piqûres ont été faites dans la cuisse gauche (au triangle de Scarpa) car la droite était le siège d'un engorgement phlegmoneux.

Le 1er avril, fièvre légère, une éruption prurigineuse couvre le corps entier. L'appétit était perdu et la somnolence revenue, les fausses membranes en décroissance. Les deux cuisses étant très douloureuses, je fais mes deux tranfusions à la même dose que la veille, à la région deltoïdienne gauche.

Le 2 avril. Absence définitive des fausses membranes et d'engorgement cervical, état général meilleur, éruption disparue. La convalescence a duré une quinzaine de jours. Il s'est formé à la cuisse gauche un abcès indolore guéri après incision.

Sur 14 cas de diphtérie (presque tous aussi désespérés que celui-ci) traités par la transfusion du sérum sulfhydrique, j'ai obtenu 12 succès. L'excellence de la sulfhydrothérapie était évidente, mais ses difficultés telles qu'il fallait absolument chercher un autre moyen d'introduction de l'acide sulfhydrique dans l'organisme.

J'en trouvai un que je puis (sans fausse honte) qualifier d'ingénieux bien qu'il n'ait été qu'une simple transition. C'était un suppositoire sulfhydrogène que j'avais dénommé « Fusée », à cause du dégagement tumultueux de l'acide sulfhydrique. C'est un cylindro-cône creux en paraffine, divisé en deux loges par une forte cloison en beurre de cacao. Une contenait une solution concentrée de sulfhydro-sulfure de sodium en quantité telle qu'elle devait dégager 0 gr. 10 d'acide sulfhydrique ; l'autre renfermait la quantité d'acide tartrique exactement suffisante pour produire ce dégagement en neutralisant la soude du sulfhydro-sulfure.

Les fusées m'ont rendu des services énormes dans la petite, mais meurtrière épidémie de choléra asiatique de 1893 et dans un nombre considérable d'infections intestinales. Sur 17 cas de choléra j'ai obtenu 17 guérisons et je n'ai jamais perdu un enfant traité au début d'une infection intestinale quelconque. Pour les enfants, je dosais les fusées à 0 gr. 55 d'acide sulfhydrique.

Les fusées étaient d'une préparation fort difficile, tout en exigeant un matériel compliqué. Cet inconvénient n'était que secondaire. Le principal était l'irritation et les rectites que les solutions caustiques concentrées déterminaient parfois, surtout quand le traitement était long et exigeait de fréquentes interventions. Outre ces inconvénients, la fusée est trop altérable.

J'ai transformé de nouveau la technique de la sulfhydrothérapie en introduisant toujours l'acide sulfhydrique par le rectum, mais en lavement dans une solution aqueuse. On prépare cette solution extemporairement, au moment de s'en servir, en mélangeant à une petite quantité d'eau les deux solutions suivantes :

N° 1	Hydrosulfure de sodium	7 gr. 75
	Eau bouillie	50 grammes
N° 2	Acide tartrique	8 gr. 80
	Eau bouillie	50 grammes

Ces deux solutions se neutralisent, volume par volume, chaque cuillerée à café de l'une et de l'autre produit 0 gr. 10 d'acide sulfhydrique, chaque goutte 0 gr. 001.

L'instabilité des sulfures alcalins en général et de l'hydrosulfure de sodium en particulier est un obstacle sérieux pour avoir une solution toujours identique et le dosage exact du médicament.

La solution la mieux dosée se détruit par le contact de l'air ; et du jour au lendemain son dosage devient défectueux.

Cette circonstance m'a obligé d'enfermer dans des cartouches en paraffine hermétiques, la solution concentrée de sulfhydrosulfure de sodium et de faire préparer les lentilles d'acide tartrique. Chaque cartouche et lentille se neutralisent en produisant très exactement 0 gr. 10 d'acide sulfhydrique qui se dissout dans l'eau à l'état naissant et une quantité négligeable de tartrate de soude.

La préparation de la solution extemporanée s'opère dans un petit appareil nommé *Microlyse*, qui permet d'administrer le lavement par la pression d'air et de le fractionner à volonté. Le dessin du *Microlyse* permet non seulement de comprendre son fonctionnement mais de construire facilement un appareil semblable.

Pour un lavement ordinaire de 0 gr. 18 d'acide sulfhydrique on remplit à moitié le *Microlyse*, on fait dissoudre une lentille et on écrase une cartouche.

S'il s'agit des infections chez les enfants, il faut remplir le Microlyse au zéro, introduire une lentille et une cartouche. On obtient alors une solution dont chaque centimètre cube contient un milligramme d'acide sulfhydrique.

Les petites divisions, étant de 0,05 cc. chacune, équivalent à 0 gr. 005.

L'eau doit être bouillie pour qu'elle soit privée d'oxygène, qui détruit une parcelle d'acide sulfhydrique et refroidie, parce que ce gaz cesse d'être soluble à la température de 30°. Le tube plongeur du Microlyse doit toujours être enveloppé de mousseline pour que les débris de paraffine ne l'obstruent pas. On laisse ces débris dans le Microlyse tant qu'ils ne deviennent pas trop encombrants, car chaque ouverture de l'appareil répand inutilement dans l'air l'acide sulfhydrique.

Les cartouches paraffinées sont d'une parfaite conservation ; des cartouches vieilles de 2 ans 1/2 n'ont perdu que 2 0/0 d'acide sulfhydrique. Des cartouches ayant fait le voyage de Chine ont été trouvées au retour dans tout leur dosage.

IV

L'acide sulfhydrique agit en se décomposant par l'enlèvement de l'oxygène à l'organisme. Dans les infections intestinales cet enlèvement est complet, absolu, et on peut prétendre que l'acide sulfhydrique agit comme microbicide, d'où résulte son efficacité dans ces affections. Quand le siège des bactéries est éloigné, l'acide sulfhydrique est obligé d'être absorbé par les veines et les lymphatiques de l'intestin et transporté par le torrent circulatoire. Chemin faisant, il désoxygène l'oxyhémoglobine ; et le sang, ainsi appauvri en oxygène, constitue un mauvais milieu de culture des bactéries. Dans ces infections éloignées de l'intestin, l'acide sulfhydrique n'est plus microbicide ; ayant perdu une grande partie de son action thérapeutique, ses doses doivent être plus nombreuses et plus rapprochées.

C'est dans les infections pulmonaires que cette déperdition de l'action thérapeutique devient évidente. Dans les maladies aiguës, comme pneumonie, coqueluche, l'acide sulfhydrique par la voie rectale constitue encore un bon traitement, quoique non infaillible ; mais dans les maladies chroniques, catarrhe, tuberculose, son efficacité est bien amoindrie. C'est en déplorant cette circonstance malheureuse que j'ai réfléchi que les tuberculeux bénéficient énormément des inhalations des vapeurs et des gaz dégagés par les sources sulfureuses.

Hippocrate connaissait déjà cette action avantageuse des inhalations sulfhydriques, quand il donnait ce conseil aux poitrinaires : « Allez respirer aux Solfatares ».

Les sources sulfureuses sont loin, et tout le monde ne peut pas y aller. Il était néan-

moins très facile de créer des sources d'acide sulfhydrique accessibles aux plus petites bourses et dont la richesse en acide sulfhydrique peut être graduée à volonté.

J'ai donc construit mon appareil inspirateur d'une très grande simplicité.

C'est un flacon de 250 cc. Son bouchon est traversé par trois tubes; un qui descend jusqu'au bas, il est ouvert à ses deux extrémités pour fournir l'air; le second porte un embout respiratoire; le troisième petit communique avec une burette graduée au moyen d'un petit tuyau en caoutchouc que l'on peut ouvrir ou fermer à volonté avec une pince à ressort.

C'est toujours le sulfhydro-sulfure de sodium qui fournit l'acide sulfhydrique; les cartouches sont quatre fois plus grandes que celles du Microlyse, chacune produit 0 gr. 40. La cartouche est écrasée dans un flacon *ad hoc* jaugé à 0 20 cc. et rempli d'eau jusqu'au trait.

Chaque centimètre cube de cette solution équivaut à 0 gr. 02 et chaque division de la burette de l'inspirateur à 0 gr. 01 d'acide sulfhydrique. On introduit dans le flacon de l'inspirateur une pastille d'acide oxalique et un petit verre à liqueur d'eau pour que l'air aspiré soit obligé de barbotter. On verse dans la burette fermée par le bas autant de divisions de liquide que l'on désire dégager de centigrammes d'acide sulfhydrique. En pressant légèrement la pince qui écrase le caoutchouc de la burette, on laisse tomber 6 à 8 gouttes de la solution dans le liquide acide de l'inspirateur et on aspire à peu près autant de fois qu'il y a de gouttes versées.

Les inspirations doivent être complètes pour porter l'agent thérapeutique jusque dans les vésicules pulmonaires. On apprendra bien vite à connaître si l'appareil est chargé ou épuisé en acide sulfhydrique et combien de fois il convient d'aspirer.

Si, par inadvertance, on verse dans l'appareil plus de dix gouttes de la solution, il convient de faire plusieurs petites inspirations afin d'éviter la suffocation, fort désagréable, quoique nullement dangereuse et plutôt d'un effet thérapeutique favorable.

En finissant la séance, il faut aspirer plusieurs fois, et en recommençant la séance nouvelle, il faut aussi aspirer plusieurs fois avant de verser les premières gouttes de la solution sulfureuse pour épuiser l'acide sulfhydrique resté en dissolution et dégagé dans l'intervalle de deux séances. Une pastille neutralise complètement la soude d'une cartouche. Il ne faut donc vider et rincer l'inspirateur que quand toute la solution sulfureuse a été épuisée.

Par la voie pulmonaire, l'acide sulfhydrique est bien plus actif que par la voie rectale, et 0 gr. 05 suffisent par séance. On peut néanmoins, dans les cas pressants, porter la dose à 0 gr. 10. On fait dans les affections chroniques de deux à quatre séances d'inspiration par jour, dans les affections aiguës comme pneumonie ou granulée, une séance toutes les deux heures le jour et la nuit, jusqu'à défervescence ou amendement sérieux. Le traitement par les inspirations doit être associé avec deux ou trois lavements sulfhydriques par jour dans les cas d'une gravité menaçante.

Les lavements sulfhydriques chez les enfants doivent être surveillés avec soin au point de vue du dosage car le trop grand écart des doses que nous avons indiqué dans la première partie, pourrait amener de graves asphyxies. Le traitement par la voie pulmonaire est absolument inoffensif et on peut le laisser à la fantaisie du malade car s'il prend un peu trop d'acide sulfhydrique à la fois, la suffocation produite l'empêchera absolument d'arriver à l'asphyxie sérieuse.

V

Dans les infections intestinales, l'acide sulfhydrique, par lavements, agit avec une merveilleuse efficacité, en détruisant, comme nous avons dit, les bactéries qui pullulent dans l'intestin. Ces bactéries sont même empêchées de vivre en anaérobies, car l'acide sulfhydrique décompose lui-même tous les composés pouvant leur fournir l'oxygène. Si les désordres organiques n'ont pas encore été portés à un degré trop avancé, si l'économie n'a pas encore été empoisonnée par les toxines, les guérisons sont très rapides, comme le montreront les observations suivantes que je réduirai à leur strict nécessaire.

IVe Observation. — Mlle Ucciani Gracieuse, 77, rue d'Aubagne, et tante de la petite-fille sujet de ma première observation. Agée de 36 ans, frappée du choléra, le 20 juillet 1893, à 4 heures du soir ; elle arrive en quatre heures de maladie à l'état suivant : Température axillaire 35°2, les membres glacés, la langue froide, les yeux perdus dans les orbites, les dents gris-opaque, la peau laissant un pli qui ne s'efface pas, la somnolence comateuse. Les évacuations alvines toutes les demi-heures sont peu copieuses ; vomissements par régurgitation. Le corps deshydraté n'a plus de liquide à perdre ; sous la peau flasque, la chair durcie est rétractée contre les os. Les crampes sont violentes et la malade n'a plus de voix pour se plaindre.

J'introduis moi-même une fusée sulfhydrogène dans le rectum ; un quart d'heure après, nouvelle évacuation. Heureusement la température du rectum a pu faire fondre le beurre de cacao car la selle a une forte odeur sulfhydrique. Une seconde fusée est introduite aussitôt et gardée.

11 heures du soir. — Somnolence continue mais calme, température 37°7, point d'urines, grande soif qu'on étanche avec la limonade lactique à la glace, pas de crampe.

Le 21 à 7 heures du matin. — La nuit a été bonne, la malade a un peu uriné, n'a point eu de selle, elle manifeste le désir de manger. Je la persuade de la nécessité de la diète tout en permettant un lait de poule. Température 37°3.

Le 22 au matin. — Convalescence, plusieurs mictions, point de selle. Les yeux sont moins enfoncés, le pli de la peau s'efface plus vite. La malade crie famine, je lui recommande de se contenter de potages.

Minuit. — Rechute du choléra d'une extrême violence. J'apprends que la malade a mangé une tranche de veau et de la salade !... qui ont été rejetés.

Une fusée sur le champ fait cesser les crampes, les vomissements et la diarrhée, les fortes tranchées persistent. Une injection hypodermique de morphine les calment.

Le 23 au matin. — Miction, point de selle. Par précaution, j'ordonne une nouvelle fusée. La malade résignée à suivre un bon régime, est promptement rétablie.

Ve Observation. — Sabatier Ferdinand, 108, boulevard des Dames, âgé de deux ans et demi, atteint de choléra algide le 3 août 1894.

Traité par M. le Professeur Laplane, il traverse avec bonheur les stades de la maladie. Mais la réaction obtenue a pris le caractère typhoïde d'une violence extrême. Les agents antiseptiques et défervescents administrés avec autant de tact que de science demeurent sans résultat et le 7 août l'enfant est hors de ressource. Je suis appelé en consultation.

Nous constatons l'état soporeux, le pouls précipité, petit, irrégulier. Température 39°8, langue rouge et sèche, lèvres et dents fuligineuses, bouche fétide, peau sèche, ventre ballonné, couvert taches lenticulaires, borborygmes et gargouillement de la région cœcale. L'enfant a la diarrhée fétide, des vomissements fréquents, l'inappétence absolue et une soif ardente.

Nous sommes facilement d'accord et constatons que le dénouement fatal est proche. C'est alors seulement que je fais à mon excellent confrère l'exposé de ma théorie antibactérienne d'acide sulfhydrique. Il la déclare rationnelle et demande sa mise en pratique séance tenante, nous donnons un lavement avec 0,035 milligrammes d'acide sulfhydrique, et nous ordonnons de continuer de 4 heures en 4 heures.

Le 8 août, M. le Dr Laplane vient m'annoncer qu'à sa visite du matin il avait trouvé un changement inespéré. La fièvre avait disparu, la diarrhée et les vomissements cessé, le ventre s'était affaissé, le malade parlait et s'amusait. Il me prie de le voir dans la soirée, ne pouvant pas s'y rendre lui-même.

A ma visite, je trouve : Température 37°, langue humide, bouche propre, ventre normal, point de gargouillement et les taches éteintes. Le petit malade me demande la permission de manger. Je le lui permets avec plaisir tout en restant dans les limites de la prudence.

Je le revois le lendemain, il est en pleine convalescence et bientôt il était complètement guéri.

Cette guérison vraiment inespérée, prouve l'énorme efficacité de l'acide sulfhydrique contre les bactéries intestinales et la puissance curative de l'organisme qui n'a besoin que d'un très petit secours pour s'affranchir d'une infection mortelle.

VIe Observation. — Le 30 septembre 1899, à midi, je suis appelé chez Monsieur Bertoto, 45, boulevard de Bonne-Grâce, pour une petite-fille de 8 mois atteinte de diarrhée verte depuis 4 à 5 jours.

Depuis la veille les vomissements avaient compliqué la maladie, je trouve la malade dans un état comateux, les yeux tournés en haut, enfoncés dans les orbites, les traits tirés, la figure ridée, la peau adhérente aux pommettes. Les évacuations alvines ont perdu leur couleur verte ; c'est l'eau sale qui s'écoule avec un peu de ténesme, les vomissements sans effort coulent par intervalles : le ventre est rentré, concave, les extrémités glacées, température 36°. Depuis la veille au soir, l'enfant n'a pas pris le sein.

Toute tentative me paraissait inutile. Sur l'insistance des parents, j'ordonne toutes les trois heures un lavement avec 0,025 milligrammes d'acide sulfhydrique en faisant bien observer que la mort imminente ne devait pas être attribuée à la médication.

Le 1er octobre, le père vient le matin m'apporter d'excellentes nouvelles. Les vomissements et la diarrhée sont arrêtés dès le deuxième lavement.

Le soir, je revois l'enfant au bras de sa mère. Elle buvait et tétait avidement ; ses selles étaient jaunes liées, la figure toujours pâle et les traits tirés, mais les yeux moins enfoncés, et la figure moins misérable. Le lendemain, l'enfant était entièrement rétablie.

VIIe Observation. — Natalie Colos, 16, rue Bérard, âgée de 11 ans, ne justifie pas son nom. Petite, mince, maigre, les os grêles comme ceux d'un enfant de 7 ans. Bien portante dans la première enfance, elle eut, à 2 ans, une gastro-entérite qui n'a jamais été guérie. Pendant les hivers et les printemps, elle s'atténue, en été et automne elle augmente. Elle éprouve alors un besoin constant d'aller à la garderobe. Elle le satisfait dix à douze fois par jour, plus le jour que la nuit. Elle a un grand ténesme rectal et des coliques. Le rectum sort en bourrelet rouge, saignant, pendant la défécation. Après, le fondement reste largement ouvert.

La fillette me fut amenée le 23 octobre dernier. Je conseille d'administrer, matin et soir, des lavements, à 0 gr. 05 seulement d'acide sulfhydrique. Point d'autre médication et aucun régime spécial.

Le 30 octobre, la malade a un peu meilleure mine, à partir du premier lavement, elle n'a plus eu d'épreintes ni colique, et n'a plus rendu de sang. Elle vient à la selle 4 à 5 fois par jour difficilement car ses excréments sont durs. Elle mange de bon appétit et déclare ne jamais avoir été si bien portante que depuis trois jours. Je lui ordonne deux lavements émollients par jour et aucune autre médication.

Le 17 novembre. La fillette a changé d'aspect, elle est tout à fait bien portante, mangeant et digérant bien. Elle va à la selle deux fois par jour. Sa guérison a été définitive.

Dans les fièvres typhoïdes, le siège de l'infection est l'intestin grêle, inaccessible aux lavements. L'acide sulfhydrique doit être absorbé par les vaisseaux du gros intestin et transporté au siège de la maladie, ce qui devrait affaiblir son action. Neanmoins les fièvres typhoïdes traitées par l'acide sulfhydrique entrent en défervescence dès le quatrième ou cinquième jour et en convalescence vers le quinzième. Parmi le nombre considérable de fièvres que j'ai eu à traiter par ce procédé, je n'en ai rencontré qu'une seule rendue vraiment grave par un écart de régime et je n'ai eu aucun décès typhoïde.

En voici une observation abrégée.

VIIIe Observation. — Mlle Marie Roch, âgée de 21 ans, jusqu'au 10 septembre 1899 a été en contact avec sa sœur atteinte de la fièvre typhoïde. Depuis cette époque, elle a été traînante, courbaturée. Le 17, elle a mal de tête, le 24 elle a le frisson et la fièvre chaude qui va en augmentant. Je la vois à la campagne pour la première fois le 28 septembre au soir. Sa température était 40°6. Le gargouillement, les taches rosées, les selles fétides, l'obnubilation des sens, la soif intense, la langue sale, les dents fuligineuses ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Ne disposant point d'acide sulfhydrique, je fais prendre 3 grammes d'alcoolature d'aconit en 24 heures et le lendemain matin 0 gr. 60 de calomel en six prises toutes les demi-heures.

Le 29 au soir, la nuit a été agitée. Le voyage a fatigué la malade; elle a eu un saignement du nez. Le calomel a procuré l'évacuation d'une excessive fétidité. Tous les symptômes de la veille. Température 40°3. J'ordonne, matin et soir, un grand lavement émollient suivi d'un lavement sulfhydrique à 0 gr. 10; à midi le seul lavement sulfhydrique. Toutes les deux heures une cuillerée à soupe d'une potion avec extrait de quinquina et kola.

Le 30 au matin. Amélioration notable, température 39°3; bouche moins sale, soif moins intense. Les lavements sulfhydriques sont gardés une heure environ; ils sont ensuite rendus avec une selle inodore. Le soir température 39°1.

Les jours suivants, l'amélioration fut rapide ; tous les symptômes s'effaçaient, la marche de la température était :

1er octobre	matin	38°4	soir	38°3
2	—	—	37°8	—	37°4
3	—	—	37°	—	37°2
4	—	—	37°	—	37°

Convalescence de 15 jours et retour à la santé qui est plus florissante qu'avant. Pour être exact j'ajouterai que pendant la maladie et la convalescence, la malade a pris, un jour sur deux, une cuillerée d'huile de ricin dans de la limonade gazeuse. Procédé que je recommande comme très agréable.

La plupart des fièvres typhoïdes se conduisent avec une plus grand simplicité lorsqu'elles sont soumises au traitement sulfhydrique dès le début.

Les fièvres éruptives ont besoin d'un traitement guère plus intense ; il m'est arrivé, au début de ma sulfhydrothérapie d'enrayer la variole chez un enfant, en lui administrant des lavements de 0 gr. 10 d'acide sulfhydrique. Les boutons à l'état de taches ou gros comme des grains de sable restent stationnaires et disparaissent après 4 jours de traitement. Je n'ai plus recommencé ces doses que j'ai reconnu depuis trop fortes, Je préfère un résultat moins brillant, mais de toute sécurité. En voici une observation type toute récente :

IXe Observation. — M. Léon Arnal, 20 ans, instituteur. Se sentant gravement malade, il me fait appeler dans la nuit du 10 au 11 avril dernier (1900). Sa température est en effet de 39°8, peau brûlante, agitation, insomnie, soif. Il se plaint d'une courbature générale mais surtout de mal aux reins. Il a saigné du nez et a eu plusieurs vomissements. Je prescris un évacuant et l'aconit.

Le 11 au matin, la variole est facile à reconnaître. Le rash rouge lie de vin occupait le tronc et les bras ; à la figure et au cou, un semis de boutons très petits. Température 39°6. J'ordonne de suite les lavements sulfhydriques à 0 gr. 10 toutes les deux heures jour et nuit pendant les premières 24 heures.

Le 12, le rash a disparu. A la figure, il y a en moyenne 14 boutons par centimètre carré de la peau. Température 38°4. Je fais enduire la figure au moyen d'un pinceau avec la gelée suivante fondue au bain-marie.

Sublimé.....	0 gr. 50
Sel marin.....	
Gélose.....	1 gramme
Eau bouillante.....	100 —

Cette préparation a tous les avantages sur les emplâtres et les pommades mercurielles. Je continue les lavements à 0 gr. 10 toutes les 2 heures dans la journée.

Le 14, température 37°2, les boutons gros comme des grains de millet, sont déjà blancs. Le malade a eu un peu de fièvre de suppuration pendant la nuit. Il prend des potages et mange un poisson.

Le 15, température 37°, sur le corps, des boutons gros comme des grains de chanvre; à la figure les plus gros sont comme du millet, les petits sèchent. Je supprime le traitement sulfhydrique et la gélose au sublimé. Je fais poudrer le malade avec la poudre de talc. Il mange de bon appétit, dort bien et va régulièrement à la selle.

Le 18, le malade est levé, les boutons sont secs pour la plupart. Il est guéri complètement.

Le 21, le convalescent va tout à fait bien. Le corps est couvert de petites croûtes, sur la poitrine deux par centimètre carré, sur le ventre, le dos et les jambes, elles sont plus discrètes. Celles du duir chevelu et de la figure commencent à se détacher.

J'ai traité par la sulfhydrothérapie, environ 40 cas de variole. J'en ai perdu un seul, atteint de la variole hémorrhagique, traité par l'expectation et soumis au traitement sulfhydrique le cinquième jour de l'éruption, Tous les autres ont été aussi rapidement guéris que M. Arnal, en comptant un cas de variole noire. Le malade a pu se lever le septième jour et partir à la campagne la nuit pour sauvegarder les intérêts de son industrie. En quinze jours il a été complètement rétabli; mais, pendant plus de six mois, il a gardé à la figure les taches noires.

Les autres infections des liquides organiques et des parenchymes se comportent de la même façon. Leur guérison n'est pas plus difficile à obtenir. J'ai eu moi-même, à deux reprises différentes et à un an d'intervalle, un érysipèle de la face. Je ne donne point l'observation in extenso, elle serait trop longue.

La première atteinte débuta le 8 mai. Je restai sans traitement pendant 36 heures dans un but expérimental jusqu'au moment où le boursouflement de la figure eut empêché un œil de s'ouvrir.

Toujours dans un but expérimental, je me suis traité à haute dose. Toutes les deux heures et même toutes les heures je prenais un petit lavement avec 0 gr. 20 d'acide sulfhydrique. En trois jours, j'ai pris jusqu'à 25 de ces lavements soit 5 grammes. Mon érysipèle a eu trois poussées. La première très forte, avec des phlycténes, la deuxième n'a duré qu'une demi-journée; la troisième fut éphémère, et le 13 mai au matin je pus sortir pour me présenter à mes confrères qui s'étaient intéressés à ma maladie.

La quantité d'acide sulfhydrique est trop forte : j'ai des observations d'érysipèles de même intensité, guéris en sept ou huit jours par quinze lavements à 0 gr. 10 J'ai constaté que si une selle se produit une heure après un lavement pris, l'odeur sulphydrique et l'odeur stercorale sont entièrement détruites. J'engage bien mes confrères à faire cette constatation. Ils seront alors convaincus que l'acide sulfhydrique est le plus efficace des désinfectants.

Je possède une très intéressante observation d'infection tellurique et d'anémie grave contractées à Madagascar et guéries après huit jours de traitement sulfhydrique. Le malade avait absorbé 7 grammes d'acide sulfhydrique.

Dans les infections des organes respiratoires, le traitement sulfhydrique par la voie rectale perd beaucoup de son intensité et doit être poussé aux doses fortes et souvent répétées. Le traitement combiné par les lavements et les inspirations donne d'excellents résultats. Mais quelquefois l'âge du malade ou sa répugnance obligent de se borner au premiers comme dans l'observation suivante.

X° Observation. — La petite Boyer Marguerite, âgée de cinq ans, 10, rue du Vieux-Palais. traînait ne coqueluche depuis deux mois ; le nombre des quintes dépassait 20 en 24 heures. Leur inten-

sité était telle que les vomissements se produisaient à chaque quinte et les épistaxis plusieurs fois par jour.

La petite fille était tombée de ce chef dans un épuisement tel qu'il lui était impossible de se tenir debout et marcher. Une bronchite est venue compliquer son état.

Le 23 août, je lui fais administrer trois lavements par jour, chacun à 0 gr. 10 d'acide sulphydrique.

Le 25 août, les lavements ont été bien supportés; depuis 24 heures, la malade a eu douze quintes. Elle a gardé sans vomir trois repas en deux jours, ce qui ne lui était jamais arrivé. Les forces augmentent et la bronchite se trouve améliorée.

Le 28 août, les lavements sont bien gardés; le nombre des quintes a été de six dans les dernières vingt-quatre heures. L'épistaxis ne s'est plus reproduit depuis trois jours. La fillette se nourrit et se promène; les vomissements sont rares, la bronchite touche à sa fin. Je fais continuer deux lavements par jour.

Le 1er septembre, quatre quintes depuis vingt-quatre heures, point de vomissement ni d'hémorragie nasale. La bronchite n'existe plus.

Le 4 septembre, aucune quinte depuis deux jours. J'ordonne encore un lavement par jour, pendant quatre jours, car la coqueluche récidive facilement.

On a employé trente-trois doses, soit 3 gr. 30. La guérison a été obtenue en huit jours et cette coqueluche fut une des plus mauvaises que j'aie pu observer dans ma vie.

Depuis, j'ai rencontré quelques suffocations: cela tient aux fortes doses que je n'emploie plus. car, avec des doses moindres, j'arrive au même résultat, moins brillant, mais tout aussi efficace et sans aucun aléa.

XIe Observation. — Le 27 mars au soir, je suis appelé auprès du petit garçon, âgé de 21 mois, de M. Ganteaume, 107, rue Terrusse, pour remplacer un confrère qui s'était retiré après une discussion avec les parents. Toute désagréable qu'était cette succession, l'enfant avait besoin de secours. Voici les commémoratifs :

Le 17 mars, éternuements et fièvres.

Le 19, éruption rubéoliforme fugace: toux violente et oppression. Le 23, une amélioration qui s'est maintenue deux jours. Le 25, tous les symptômes se sont accentués; la fièvre et l'oppression sont devenues très fortes et vont toujours en augmentant.

Le 27 mars, à mon premier examen, je trouve la respiration pénible, haletante, 52 à la minute, le jeu des muscles respiratoires forcé, les battements des ailes du nez, le facies anxieux, les yeux chassieux et les pommettes rouges. A l'auscultation, les deux poumons remplis, devant et derrière, de râles sibilants, ronflants et sous-crépitants, avec deux foyers du râle crépitant. Au lobe moyen du poumon droit, du gros crépitant entouré d'une zone de râle muqueux. Au lobe inférieur du gauche, le râle crépitant était plus récent.

Il est plus que probable que cette double broncho-pneumonie n'est pas primitive, mais qu'elle a été précédée d'une ou de deux autres, ayant déterminé des fluctuations dans l'état du malade. L'état général est on ne peut plus mauvais. L'enfant est sans cesse agité, d'une toux sèche et stridente. Il est baigné d'une sueur visqueuse et fétide. Ses urines sont ammoniacales. Il refuse tout aliment et ne boit que par force un peu de lait. Température 39°6.

Je prescris toutes les deux heures, un lavement avec 0 gr. 035 d'acide sulfhydrique jour et nuit.

Le 28 au matin, je trouve l'enfant très abattu, mais calme et sans sueur. Il tousse moins, sa température est de 38°8. A l'auscultation, à droite, le râle devient plus muqueux; à gauche, le crépitant est plus gros. Pendant la nuit, on a donné six lavements qui furent très bien gardés. J'ordonne de les continuer toutes les deux heures. Je recommande, en outre, la purée de viande crue au vin de Samos.

Le 28 au soir, amélioration sensible; température 39°. Le malade est gourmand de la viande au vin. Continuation du traitement par les lavements.

Le 29 matin, état satisfaisant : la toux devient rare, facile, humide; les signes stétoscopiques s'atténuent; le râle sibilant disparaît.

Par devant, la respiration est presque normale, un peu faible. Par derrrière, le râle crépitant fait place au sous-crépitant et muqueux : les narines ne battent plus, vingt-six inspirations ; température 37°6 le matin, et 38°2 le soir. Le petit malade a trop fêté la viande au Samos ; il a l'ébriété gaie, s'endort facilement. Le nombre des lavements est réduit à six par jour, point la nuit.

Le 30 au soir, l'enfant va très bien ; il se tient assis sur son lit et mange seul et sans aide, du tapioca au lait : j'avouerai qu'il en mettait plus sur ses joues que dans sa bouche. Température 37°6. A l'auscultation, les bruits sont limités aux centres pneumoniques ; c'est le râle muqueux à grosses bulles. La toux a un peu augmenté, mais elle est pleine, humide, et ramène des mucosités blanches.

Le 31 mars, le mieux ne s'est pas maintenu ; l'enfant est un peu abattu ; température 38°4. Toux quinteuse. respiration accélérée, un peu d'oppression. Les deux foyers pneumoniques sont en état de guérison : mais à gauche, au-dessous de la lésion, est apparu le râle crépitant fin, dans une très petite étendue. Cette nouvelle pneumonie ne m'inspire point d'inquiétude et je continue six lavements par jour à 0 gr. 035.

1er avril, état général bon, température 37°6 ; alimentation comme la veille. L'expectoration recommence, la toux quinteuse me fait craindre la coqueluche qui sévit dans le quartier. Je réduis à quatre le nombre des lavements et je prescris un mélange de sirop, de codéine, d'ipéca et de polygala.

2 avril, l'amélioration continue en s'accentuant. J'assiste à une quinte de coqueluche, atténuée, mais bien caractéristique. A force de questionner la mère, j'apprends que six semaines avant la maladie l'enfant avait par jour environ 12 quintes plus violentes. Les quintes avaient cessé le jour où l'enfant a eu les frissons, les éternuements et l'éruption. C'est alors que sa toux s'était modifiée. (1)

Le beau temps m'engage à faire sortir l'enfant. Je recommande de continuer les quatre lavements par jour, mais en portant la dose à 0 gr. 05 d'acide sulfhydrique. La dernière quinte a eu lieu le 7 avril et l'enfant s'est rapidement rétabli.

XIe Observation. — M. Biéchy, François-Xavier, 47, rue Terrusse, âgée de 37 ans, lymphatique à un degré élevé, paludéen en 1884 et 1887, non syphilitique, menant une vie sobre et très régulière, est sujet aux bronchites suspectes. Il a eu l'influenza en 1890. Depuis, des rhumes plus nombreux et persistants font soupçonner une prédisposition tuberculeuse contre laquelle il a pris de l'arsenic pendant plus d'un an.

Le 19 février 1899, il a un frisson prolongé de quelques heures, après lequel la température est montée à 39°6. Il s'ensuit de l'abattement, une courbature générale, une toux opiniâtre, une oppression considérable avec 43 respirations à la minute. Vomissement bilieux ; aucun point de côté. Absolument rien à l'auscultation et la percussion. Je fais purger avec 0 gr. 60 de calomel et prendre 3 grammes d'alcoolature d'aconit en 24 heures.

Le 20, sous l'influence de cette médication défervescente, la température tombe à 37°8 ; la toux persiste ainsi que les vomissements. Je perçois dans la fosse sous-épineuse droite de la respiration obscure avec percussion normale et sans point de côté. L'inappétence est complète, la bouche est fétide. Fétidité de la perspiration cutanée, stupeur, obnubilation du sensorium. Tout cela me prouve qu'il s'élabore au centre du poumon droit une infection formidable. Pour y parer, j'ordonne toutes les deux heures des inspirations de 0 gr. 05 d'acide sulphydrique et cela nuit et jour.

Le 21 au matin, les vomissements ont cessé ; toux moins violente, pas de point de côté. L'obscurité du poumon droit augmente et s'est élargie sans fournir de signe diagnostique, 38° de température, 48 respirations à la minute.

Le soir, température 38°2. Ma prévision de pneumonie infectieuse se confirme. Je perçois dans

(1) Ceci me permet d'établir le diagnostic rétrospectif. Ce n'est pas la rougeole qui a déterminé la broncho-pneumonie, mais la coqueluche. Le 21 avril, sans doute à la suite de refroidissement, est survenu le catarrhe des premières voies, qui est devenu la bronchite, puis la broncho-pneumonie par propagation. J'ai observé fréquemment la suppression des quintes quand dans la coqueluche arrive une complication pulmonaire, après la guérison de laquelle les quintes recommencent. Lorsque les quintes coexistent avec la bronchite ou la broncho-pneumonie, le traitement sulfhydrique n'a point d'influence sur la coqueluche, qu'après guérison entière de la complication. C'est une des bizarreries des associations microbiennes qu'il faudra étudier.

la fosse sous-épineuse droite le râle crépitant moyen, éloigné; percussion normale. Je porte la dose d'acide sulfhydrique à 0 gr. 10 toutes les deux heures.

Le 22, température : 39° le matin, 38°2 le soir. Le râle crépitant est bien net, la matité est perçue distinctement à la percussion forte; en frôlant, on obtient de la sonorité. Cette circonstance, jointe à l'absence de point de côté qui est le signe de la participation de la plèvre à la fluxion de poitrine, prouve surabondamment que la pneumonie est centrale, comme c'est l'habitude des pneumonies infectieuses. Les symptômes de la veille sont accentués, délire, abattement.

Le 23, température : 38°8 le matin, 39°4 le soir. Nuit sans sommeil, délire furieux. Le râle crépitant occupe toute la base du poumon. Dans la fosse sous-épineuse et au sommet, obscurité absolue, souffle tubaire. Le traitement est continué et de plus alcool et kola.

Le 24, même état. Température : 38°5 le matin, 38°8 le soir; 52 respirations. Matité de haut en bas, absence de murmure vésiculaire et du souffle, délire calme.

Le 25, température : 38°8 le matin, 39°2 le soir. Le râle de retour au sommet, le souffle à la base.

Le 26, température : 38°5 le matin, 38°5 le soir. Délire persistant dû à la participation du sommet à la pneumonie. Pourtant le râle de retour fait, au sommet, place au murmure vésiculaire. Le malade a des hallucinations. Nous ne sommes qu'au sixième jour de la maladie, qui a eu deux poussées successives et la résolution commence. Néanmoins l'entourage murmure, et sans nécessité, en sacrifiant aux préjugés, je fais appliquer un grand vésicatoire qui est d'ailleurs utile pour hâter la résolution.

Le 27, point de température. Respiration : 30 à la minute. Murmure vésiculaire en haut, râle mélangé en bas. Retour à la santé. Cette santé reste longtemps chancelante. Au sommet droit la respiration rude et l'expiration prolongée. La percussion sur la clavicule retentit en arrière d'un son métallique. Bien que la convalescence paraisse franche, l'état du poumon est suspecte. Je ne fais pas rechercher le bacille de Koch : cet examen, au début, étant habituellement négatif, donne une fausse sécurité. Une oreille bien exercée est plus sensible au début.

Après que le poumon a repris son élasticité, le sommet reste toujours condensé. Je n'hésite pas à recourir au thermocautère à trois reprises. Le traitement sulfhydrique est suivi par quatre, puis trois séances par jour : l'amélioration se fait attendre.

En mai, le malade part aux Pyrénées en emportant son inspirateur et il revient en juin en pleine santé, le sommet absolument indemne.

Je n'ai point de preuve, mais j'ai la conviction que la tuberculose a été écrasée par l'acide sulfhydrique in ovo. Pour que l'avenir ne nous fournisse pas cette preuve, j'engage mon client à reprendre de temps en temps des inspirations sulfhydriques.

Jusqu'à présent, il a suivi mes conseils. Il est engoué de l'inspirateur; il a passé l'hiver dernier avec un seul rhume qui n'a pas dépassé une semaine grâce aux inspirations sulfhydriques qu'il a reprises.

Dans un autre cas de pneumonie infectieuse, bien accentuée et plus violente encore, avec hyperthermie considérable et collapsus, la résolution a été obtenue en six jours en combinant le traitement sulfhydrique rectal et pulmonaire. Le sujet robuste, frappé en pleine santé, est rétabli presque sans convalescence.

De toutes les infections, la plus réfractaire contre les antiseptiques est la tuberculose. L'acide sulfhydrique en vient pourtant à bout en combinant les lavements avec les inspirations. Je possède une belle observation d'un jeune homme qui, à la suite d'imprudences et d'inconduite, a fait trois rechutes. Il s'en est tiré non sans peine chaque fois. Il est actuellement, après avoir passé l'hiver en travaillant, pour la quatrième fois en voie de bon rétablissement.

Parmi le nombre considérable de tuberculeux que je traite, il y en a un tiers environ qui se rétablissent définitivement, tout en restant prédisposés à une réinfection. Un second tiers vivent des années avec leur tuberculose. Leur existence a été notablement prolongée et rendue supportable. En général, le tuberculeux qui se nourrit, qui digère et évacue bien a plus de chances de guérir. Le cas le plus mauvais est la tuberculose aigüe, fébrile,

chez les scrofuleux ou les déchus organiquement. Prise, même au début, elle résiste au traitement et le malade baisse malgré tous les soins. La sulfhydrothérapie a déjà gagné beaucoup de terrain; elle est perfectible encore et certainement elle fera pour les tuberculeux plus que n'importe quel traitement. C'est un médicament de la cause; elle n'exclut pas d'autres moyens thérapeutiques et bénéficie souvent de leur association.

XIIe Observation. — M. Trinquet, Joseph, âgé de cinquante ans, 2, rue Eydoux. Petit de taille, mince et frêle, d'un tempérament lymphatico-nerveux, toussait et crachait depuis plus de dix ans; il s'enrhumait fréquemment et ne voulait jamais se soigner, menant une vie très active et ne s'écoutant pas. C'est à peine si l'an dernier il me permit de l'ausculter. Il portait au sommet gauche une lésion au premier degré; les craquements, l'expiration prolongée, la pectoriloquie et le retentissement exagéré du bruit de choc sur la clavicule.

Au mois de septembre, il a contracté une pneumonie aigue simple; c'est en haut du lobe inférieur gauche qu'elle est localisée. Le sommet présentait les signes de la tuberculose déjà plus avancée; car au craquement dans la fosse sous-épineuse s'étaient joints quelques bulles de râle sous-crépitant contre le rachis.

La pneumonie fut traitée par la sulfhydrothérapie et s'est comportée très simplement. Au bout de huit jours par résolution franche sans vésicatoire. C'est dans la convalescence de la pneumonie que la tuberculose stimulée par l'association a fait du progrès. Non seulement le râle sous-crépitant du sommet s'est étendu, mais un nouveau foyer s'est localisé au siège de la pneumonie. La nature de la toux et l'éxpectoration ont été modifiées ; les crachats étaient ronds, muco-purulents. Le manque de forces et les sueurs ont fini par convaincre mon malade qu'il était urgent de se soigner.

Pendant la pneumonie, il faisait une séance d'inspirations sulfhydriques à 0 gr. 05 toutes les deux heures pendant le jour. Après, j'ai conseillé d'en faire quatre par jour et j'ai fait prendre les amers toniques et analeptiques.

Ce traitement a été suivi presque régulièrement pendant deux mois. Au mois de novembre, le sommet gauche ne présentait aucun râle ni craquement, seulement un peu de condensation du parenchyme pulmonaire. Inspiration prolongée et retentissement du choc. Dans le foyer inférieur, le râle sous-crépitant persistait encore. Le traitement fut discontinué, puis repris au mois de décembre, mais irrégulièrement.

En février, le sommet est absolument revenu à l'état normal. A la base, toujours quelques bulles de râle sous-crépitant. J'exhorte le malade à reprendre ses inspirations qu'il a interrompues. Il a d'ailleurs repris des forces et son état habituel de santé. L'expectoration est muqueuse, rare, la toux insignifiante.

Actuellement, il n'y a rien dans le sommet; à la base une zone où la respiration est faible, mais pas une bulle de râle. L'état général est parfait. Le malade a fait en tout à peu près 150 séances d'inspiration. Il a passé l'hiver sans contracter un rhume, et certainement il guérirait s'il voulait de temps en temps faire quelques séances d'inspirations sulphydriques.

La paresse et la négligence, voilà l'ennemi principal des tuberculeux qui ne veulent pas comprendre que dans la persévérance seule, ils trouveront le succès.

Pendant que la tuberculose chronique guérit avec difficulté par la sulpfydrothérapie, que la tuberculose aigue y est réfractaire, la tuberculose suraigue, la granulie , la phtisie galopante guérissent avec presque la même facilité que les fièvres typhoïdes. Cela tient à ce que dans la granulie, le bacille de Koch évolue seul; dans la phtisie commune il est associé avec les saprophytes banals. Dans la phtisie aigue, il doit être en association avec une autre bactérie spécifique.

N'a-t-on pas prématurément rayé la scrofole des cadres nosologiques ?

En tous cas, les recherches ultérieures devront nous éclairer sur la cause de cette résistance de la tuberculose fébrile, aigue. L'ennemi connu sera près d'être combattu.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

(Séance du 13 juin 1900)

Présidence de M. Huchard

M. Bonjean présente une note concernant la *thermalité des eaux minérales.*

La médication hydrominérale basée sur les données scientifiques de jour en jour plus précises, a conquis en ces dernières années une place importante en thérapeutique. Le traitement s'effectue non seulement périodiquement par une cure déterminée dans le lieu d'origine de l'eau ordonnée par le médecin, mais elle se poursuit d'une façon continue, loin des sources, par l'usage journalier dans l'alimentation de l'eau embouteillée. En dehors des propriétés curatives uniquement attribuables au chimisme des eaux, il est incontestable que des actions physiques, particulièrement la thermalité, jouent un rôle très appréciable. Quant aux actions électriques que certains auteurs ont signalées, il est certainement bon de faire quelques réserves à leur sujet, jusqu'à ce que des expériences plus exactes aient établi d'une façon certaine l'existence de ces phénomènes placés ou non sous la dépendance de la thermalité.

On conçoit donc logiquement que dans une station hydrominérale, les sources dont la température est la plus élevée jouissent d'une prédilection marquée, non pas au point de vue de leur saveur qui est généralement peu agréable, mais surtout en raison des vertus qu'on leur attribue

Ce qui nous paraît inexplicable, c'est que, tout au contraire de ce qui se passe au lieu d'origine, lorsqu'il s'agit d'utiliser les mêmes eaux loin des sources, c'est-à-dire les eaux embouteillées, le médecin préconise généralement l'usage des eaux originairement *froides.*

Cette variation dans le cours de la médication hydro-minérale entraîne l'examen de la question suivante :

Les eaux originairement chaudes perdent-elles leurs propriétés curatives avec la perte de leurs calories naturelles et deviennent-elles de ce fait, de qualité inférieure aux eaux originairement froides appartenant au même bassin hydro-minéral ?

L'auteur a recherché si les faits scientifiquement observés en dehors des observations exclusivement médicales justifiaient ou non cette opinion.

Parvenues à un certain degré de température, les eaux remontant à la surface sous diverses influences, soit en suivant une fracture unique, soit, ce qui est le cas le plus général, en se répandant dans des fissures latérales qui, elles-mêmes, peuvent se subdiviser en un certain nombre de filons allant s'épandre vers la surface du sol dans les conditions les plus diverses : les filons les

plus directs donnent les griffons à la température la plus élevée, les autres sont plus ou moins refroidis par leur circulation dans des régions souterraines voisines du sol, d'autres encore émergent dans des dépressions du sol, occupées par des cours d'eau superficiels, par des nappes phréatiques (puits) dans lesquels ils se perdent.

L'abaissement naturel de la température doit donc avoir pour cause : soit un plus long séjour de l'eau dans les minces fissures près du sol, soit un plus long trajet effectué dans les roches relativement superficielles, soit un mélange avec les eaux étrangères froides de nappes souterraines voisines de la surface du sol, lesquelles peuvent être contaminées.

De l'ensemble de ces faits on doit conclure que dans un bassin hydro-thermo-minéral, l'eau qui s'épanche à la surface du sol avec la température la plus élevée, ainsi que les griffons à température voisines constituent les types les plus purs de ce bassin.

Les eaux chaudes sont donc, au point de vue géologique, chimique et bactériologique, les types les plus parfaits des eaux d'un même bassin hydro-thermo-minéral. Embouteillées avec soin, elles ne perdent que leur chaleur, tout en conservant généralement leur intégrité à un degré supérieur aux eaux froides qui ne sont que leurs dérivées et, qui, après avoir quitté le filon princpial, ont circulé dans le sol et se sont refroidies dans des conditions mal connues et souvent de nature à altérer leur intégrité originelle. La perte de la température est donc la même, qu'elle se produise dans la bouteille ou dans les fissures des roches superficielles et il est plus que probable que les propriétés curatives doivent persister aussi bien dans un cas que dans un autre, avec cette garantie toutefois que les eaux chaudes embouteillées sont plus originairement pures que les eaux froides.

M. Legendre présente une note concernant la *classification des dyspepsies*. Les classifications et théories pathogéniques jouent un rôle très restreint dans le traitement des dyspepsies, et les discussions entre les auteurs qui ont étudié, au point de vue chimique, la sécrétion stomacale, échappent à la compétence du praticien. L'orateur a fait, maintes fois, procéder à des analyses de suc gastrique, mais il avoue qu'au point de vue thérapeutique, les résultats obtenus ont donné peu d'éclaircissements. Au point de vue du pronostic, ces recherches présentent un intérêt plus grand.

La classification d'Albert Robin, basée sur l'hyposthénie et l'hypersthénie reste dans le vague, car ces deux termes sont difficilement définissables : cet auteur aboutit d'ailleurs à la polypharmacie, alors que tous ceux qui se sont, dans ces derniers temps, occupés de la dyspepsie stomacale, ont pour tendance de prescrire aussi peu de médicaments que possible. L'orateur proteste contre la légende qui attribue à Bouchard l'emploi du régime sec : ce dernier auteur n'a jamais préconisé que la diminution des liquides, et il a fait entrer dans la pathogénie la notion de l'autointoxication intestinale, actuellement admise par tout le monde.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Considérations sur un cas grave de morphi-cocaïnomanie par le Dr PAUL SOLLIER, (*Progrès Médical*, 12 mai 1900). — Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue : il s'agit d'un médecin, âgé d'une quarantaine d'années qui, pour lutter contre la fatigue que lui donnait sa clientèle, contracta l'habitude de la morphine. Ayant débuté par un centigramme, il arriva, au bout de trois ans à 2 et 3 grammes. Pour se débarrasser de sa morphinomanie, il eut recours à la cocaïne et devint cocaïnomane (2 gr. de cocaïne par jour), sans pour cela cesser de rester morphinomane (2 gr. de morphine par jour). Dès le début de l'ingestion de la cocaïne, il y eut aggravation des accidents. Des hallucinations de la vue apparurent, des idées de persécution commencèrent. Le malade eut alors recours aux voyages, voyant l'insuccès des ses tentatives par la méthode substitutive ; ceux-ci se montrèrent aussi inefficaces. Il entra dans une maison de santé ; il fut soumis à la méthode lente ; le malade sortit non sevré ; il arriva à augmenter ses doses de morphine (0 gr. 50) par jour, et aussi ses doses de cocaïne (4 à 6 grammes). Enfin une crise d'anémie survint et on s'aperçut que le malade avait plus de 50 centigrammes d'albumine.

Il se décida alors à se faire traiter par M. Sollier : il avait alors des troubles de la marche, des déviations du tronc : ses pieds étaient œdématiés, le cœur battait 100 pulsations à la minute. La teneur du sang en oxyhémoglobine était seulement de 4,5. Les nuits étaient agitées par des cauchemars et des hallucinations visuelles. Le lendemain de son entrée, le malade n'eut que 0 gr. 70 de morphine et pas de cocaïne, il fut purgé, mis au régime lacté, une purgation de 1 gramme de calomel fut administrée. Cinq jours après la dose quotidienne de morphine était abaissée à 22 centigrammes, puis supprimée. Pendant le sevrage les troubles présentés n'eurent rien de spécial, le cœur n'eut aucune irrégularité : on administra dans les deux premières nuits du sevrage des douches chaudes alternant avec les bains chauds de cinq minutes. L'appétit ne tarda pas à reparaître au bout de quelques jours. Deux mois après, l'augmentation du poids était de 22 kilogs : cependant la teneur du sang en hémoglobine n'était que de 9,5. Ce dernier fait explique pourquoi après le sevrage les malades ont tendance à se fatiguer au moindre effort.

P. SAINTON.

Le traitement du rhumatisme à l'Hôpital de New-York, par HUGHES DAYLON, (*Medical Record*, 7 avril 1900). — Dans le rhumatisme articulaire aigu, à la période d'épanouissement des symptômes, le repos au lit, le régime lacté sont naturellement employés. Comme dans les autres formes de rhumatisme, l'état de l'intestin est surveillé avec soin : les eaux minérales alcalines sont prises abondamment. A l'intérieur on donnera le salicylate de soude ; s'il existe des symptômes d'intolérance, il faut associer chaque dose donnée avec le bromure de sodium. L'auteur a observé deux cas dans lesquels le salicylate de soude a été la cause d'accidents délirants. Si le salicylate de soude est mal supporté par l'estomac, on peut l'administrer par le rectum ou lui substituer le salol. On se trouvera bien de faire en même temps des applications locales de salicylate de méthyle, pas dessus des vésicatoires.

L'anémie sera combattue par le fer, l'arsenic, la strychnine et l'huile de foie de morue. Si

l'hyperpyrexie résiste au salicylate, il ne faut pas hésiter à avoir recours aux bains tièdes.

Dans les cas de rhumatisme subaigu, les doses de salicylate seront moindres. Les alcalins et les iodures constituent la base du traitement. L'épanchement liquide sera combattu par les vésicatoires et la teinture d'iode : les infiltrations périarticulaires par les bains locaux d'air chaud qui amènent une grande diminution de l'empâtement et de la raideur.

Le rhumatisme chronique est justiciable de l'iodure, de l'eau de Vichy, du fer, de l'arsenic, etc., et d'un régime abondant.

Contre le rhumatisme articulaire, l'auteur emploie le salicylate de soude, le salol, la phénacétine à l'intérieur. Les moyens externes qu'on peut lui opposer sont l'onguent belladonné, le salicylate de méthyle, les pointes de feu.

En terminant, l'auteur insiste sur l'emploi de l'association du bromure de sodium au salicylate de soude, qui permet de combattre les symptômes cérébraux et d'administrer de larges doses ; sur le traitement par le bain d'air chaud dans les formes subaiguës et chroniques et la grande valeur de l'application locale du salicylate de méthyle.

P. Sainton.

Sur un cas de maladie de Werlhoff récidivante avec hématuries lors de la dernière atteinte, par E. Ausset (*Echo médical du Nord*, 26 mai 1900). — A propos de ce cas, l'auteur rappelle comment il traite le purpura. Pour lui, il convient dans tous les cas de cette affection d'imposer le repos au lit. Faute de cette précaution, on expose les malades à des rechutes ou à des aggravations. Le tube digestif sera désinfecté avec soin par un dose purgative de calomel et les jours suivants par quelques centigrammes de salol. Le traitement sera complété par des lavements froids agissant à la fois comme diurétiques et comme cholagogues. Contre les hémorragies des muqueuses, on aura recours à l'ergotine et à l'eau de Rabel. Les accidents disparus, les toniques seront prescrits, pour compenser l'affaiblissement résultant des pertes de sang.

A. Benoit.

Balnéothérapie de l'obésité (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 8 mai 1900), le Pr Kisch a fait, au congrès balnéologique autrichien, à Raguse, une communication dans laquelle il recommande spécialement aux médecins des villes d'eaux de porter toute leur attention sur la déperdition en albuminoïdes. Le patient qui suit une cure dans une station alcalino-saline, ne doit perdre que de la graisse et l'on doit sans cesse contrôler ses échanges organiques. Les eaux iodées ne sont pas utilisables pour le traitement de l'obésité, car elles favorisent le mouvement de dénutrition en général. Les obèses anémiques se trouveront bien des eaux ferrugineuses carbonatées et acidulées.

En tous cas, il faut, plus que par le passé, soumettre l'obèse à une expérimentation minutieuse concernant tous les échanges organiques, l'azote ingéré, assimilé, éliminé, la pression sanguine, etc.

Les bains fortement chargés d'acide carbonique, donnés à 40, 45° C. exercent une action indéniable sur l'élimination de la graisse, surtout si le bain est suivi d'une sudation ou d'une promenade prolongée. Mais une condition *sine qua non* de réussite consiste dans l'intégrité du muscle cardiaque, que cette dernière méthode soumet à un travail exagéré. On observe, en effet, à la suite de ces bains chargés d'acide carbonique, une augmentation très marquée de la pression sanguine, un ralentissement du pouls et une accentuation marquée des bruits du cœur. Les bains salins et les bains qui irritent la peau présentent une action analogue, mais moins accentuée.

Il ne faut pas croire que la balnéothérapie de l'obésité représente une médication spécifiqne de ce trouble de nutrition : elle ne constitue qu'un élément accessoire, la base du traitement consistera toujours dans le régime alimentaire et le travail musculaire.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Ligature de l'aorte par erreur (*Société de chirurgie*, 2 mai 1900), par M. Tillaux. — L'auteur communique le cas d'un anévrysme diffus consécutif, qui remplissait toute la fosse iliaque gauche et nécessita la ligature. Or, celle-ci, placée le plus haut possible sur le tronc faisant suite au sac anévrysmal, tomba non sur l'iliaque primitive, mais sur l'*aorte*, ainsi qu'il fut possible de le constater à l'autopsie. Le malade en effet succomba le trente-neuvième jour, après avoir présenté une nouvelle augmentation de sa tumeur. Le curieux de cette observation, c'est que le membre inférieur gauche ne présenta pendant quarante jours aucun trouble.

A. Benoit.

Suture des vaisseaux et des nerfs (*29e Congrès allemand*), par M. Payr (de Gratz). Intéressantes expériences couronnées de succès chez le chien, et, pour ce qui concerne les nerfs, chez l'homme lui-même. Nous connaissions déjà la suture, bout à bout des gros vaisseaux artériels, voici un perfectionnement notable de technique à signaler. L'auteur a choisi des *tubes de magnésium*, munis d'une rainure circulaire. On glisse l'un de ces tubes dans le bout périphérique, on retrousse l'extrémité du vaisseau sur le tube et on la fixe par une première ligature. On introduit ensuite le tube dans le bout central, que l'on attire jusqu'à ce que les tuniques internes se recouvrent sur une surface suffisante. Il ne reste plus qu'à lier de nouveau. Opération rapide et résorption dans les tissus organiques du magnésium, en trois semaines environ, pour un tube de 0 gr. 10 centigr. Procédé analogue pour les nerfs.

A. Benoit.

Suture de la carotide interne (*Société de méd. de Berlin*, 7 mai 1900). — M. Gluck présente une femme, chez laquelle il a du suturer la carotide interne, dans les conditions suivantes : La patiente, atteinte d'un cholestéatome de l'oreille, eut, à la suite, un érysipèle compliqué de *thrombo-phlébite* de la veine jugulaire, avec accidents méningitiques graves. Il fallut reséquer l'os pétreux et mettre à nu la dure-mère, le sinus transverse et le golfe de la jugulaire. Pendant l'excision du fragment veineux intéressé, la carotide fut blessée et réunie immédiatement avec des points de suture. Sauf une paralysie faciale complète du côté opéré, la malade s'est parfaitement rétablie. Cette intervention constitue un progrès indéniable. Le jour n'est peut-être pas éloigné, où nous aurons à enregistrer la suture bout à bout d'un vaisseau de cette importance, comme on l'a déjà fait avec succès pour l'artère axillaire.

A. Benoit.

Résultats éloignés de la gastrostomie, par M. Segond (*Société de chirurgie*, 9 mai 1900). — L'A. a fait une bouche stomacale, âgée aujourd'hui de 16 ans, pour rétrécissement de l'œsophage. Cet orifice, après avoir donné des accidents par digestion de la peau, à cause de ses dimensions excessives finit par se rétrécir considérablement et, comme il était placé suffisamment près du cardia, toute incontinence a disparu aujourd'hui par rétraction du trajet fistuleux, sans que la nouvelle fonction soit compromise.

A. Benoit.

Anastomoses du tube digestif (*29e Congrès allemand*). M. Credé (de Dresde), mécontent des procédés de gastro-entérostomie actuellement en usage propose un appareil anastomotique à plaques pour application latérale, avec boule d'argent pour faciliter l'élimination, qui est loin de réaliser une simplification de technique, malgré les succès dont se targue l'inventeur. MM. Lindner (de Berlin), Kronlein et Von Hack (de Vienne), lui opposent des statistiques sans nul décès, obtenues soit avec la méthode de Woller, soit avec la méthode de gastro-entérostomie de Von Hacker.

A. Benoit.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum (*Académie de médecine*, 1er-8 mai 1900). — M. Delorme a institué avec succès le traitement suivant contre le prolapsus rectal, que celui-ci soit simplement *muqueux* ou *total* : faire l'*ablation de la muqueuse* seule, excision qui peut aller jusqu'à 20 ou 30 centimètres de longueur, et suturer au pourtour de l'anus les lèvres de la muqueuse excisée. Veiller à la *constipation* absolue des opérés pendant quelques jours, pour obtenir une cicatrisation parfaite. Cette opération convient à l'adulte comme à l'enfant.

A. Benoit.

Traitement de la torsion de l'S iliaque (*29e Congrès allemand*), par M. Steinheil. — Lorsque le volvulus de l'S iliaque, après avoir été opéré, récidive, il faut suivre la conduite qui a réussi à l'opérateur, c'est-à-dire, réséquer purement et simplement l'S iliaque. La guérison est assurée. Si le mésentère de la partie inférieure ne prête pas à la résection, il faut se résigner soit à implanter le colon transverse dans l'orifice anal, soit à faire un anus contre nature.

A. Benoit.

Incisions nouvelles pour aborder l'appendice cœcal, par George Fowler (de New-York), *The médical News*, 3 mars 1900. — L'auteur, reprochant aux méthodes actuelles de ne pas ménager suffisamment la paroi abdominale et de ne fournir qu'une ouverture étroite pour les manœuvres à effectuer dans les recherches de l'appendice, a institué une technique opératoire différente, qui ménage en outre les vaisseaux et les nerfs : L'*incision de la peau* est dirigée de façon à répondre à la règle suivante, résultat de ses recherches : au lieu d'adopter la ligne de Clado, sur le bord externe du muscle droit, il convient au contraire, en raison des variations de largeur de ce muscle, de placer *le centre* à l'intersection de la ligne horizontale allant d'une épine iliaque A. S. à l'autre, avec la ligne verticale qui se tient au milieu de l'espace compris entre l'épine A. S. droite et la ligne médiane. Le chirurgien doit donc faire un lambeau triangulaire

en commençant la division de la peau, au-dessus de la saillie de l'épine iliaque A. S. droite, pour aller horizontalement vers le bord externe du muscle droit et redescendre en angle arrondi, le long du bord externe de ce muscle, jusqu'à une distance variable avec les cas.

Une fois les tissus superficiels rétractés, l'aponévrose du muscle oblique externe apparaît. Deux rétracteurs placés *en bas* et *en haut* découvrent bien cette aponévrose. On l'incise de haut en bas dans la direction de ses fibres et sur toute la hauteur de la portion découverte. En ajoutant deux rétracteurs, l'un à *droite*, l'autre à *gauche*, on expose l'aponévrose du muscle droit, que l'on ouvre également dans la direction des fibres; le muscle droit et l'artère épigastrique avec ses veines sont ensuite rétractés fortement vers la ligne médiane, la lèvre externe de l'incision étant prise dans le rétracteur. On a dès lors un assez vaste espace transverse sur l'oblique interne et le fascia péritonéal. On fait à ce moment l'incision du feuillet postérieur du muscle droit, laissé découvert par la rétraction de ce muscle, mais dans une *direction transverse*, ainsi que pour les fibres du muscle sous-jacent. Le cœcum est ainsi largement découvert à la base de son appendice.

La suture comprendra donc une ligne profonde *transversale*, comme l'incision et une ligne superficielle, *verticale* ou plutôt oblique, dans laquelle les feuillets de l'aponévrose du muscle droit seront suturés sans interposition du muscle, pour ne pas entraver leur réunion. Le catgut est la meilleure substance à employer (Kangaroo). Les avantages de cette méthode sont :

a) accès large sur la région, propice aux manipulations nécessaires;

b) les risques de hernie chirurgicale sont conjurés et la réunion assurée par l'absence de tissu cicatriciel entre les muscles divisés.

c) La conservation des vaisseaux nourriciers et des nerfs.

A. Benoit.

Greffe osseuse pour pseudodarthrose du tibia (*29e Congrès allemand*). — M. Grosse (de Halle), communique un cas où, tout ayant échoué, on put obtenir la consolidation d'une pseudarthrose du tibia, en implantant entre les fragments un morceau de tibia, venant d'un membre amputé et stérilisé à l'eau bouillante. Organisation parfaite de ce fragment, vérifiée par la radiographie.

A. Benoit.

Traitement des cancers inopérables (*29e Congrès de la Société allemande de chirurgie*, Berlin, 18-21 avril 1900). — D'après le Dr Czerny, il reste environ 75 0/0 des cas de cancer qui ne sont pas opérables, malgré tous les progrès de la technique chirurgicale. Parmi ces malades la plupart abandonnent pour diverses raisons leur médecin ordinaire, qui ne montre trop souvent que peu d'intérêt pour un mal incurable. Mais si la guérison n'est pas possible, il s'en faut que l'on ne puisse rendre de nombreux services aux cancéreux.

Il faut en premier lieu ne pas croire que sont seuls opérables les cancers que l'on peut radicalement extirper : on ne doit pas oublier qu'il existe des méthodes palliatives, telles que la ligature des vaisseaux se rendant dans la tumeur, le curettage, les cautérisations (le chlorure de zinc en solution de 60 à 80 0/0 est ici spécialement indiqué). L'orateur cite à ce sujet un cas de cancer du rectum, inopérable, traité par les tampons au chlorure de zinc, qui devint avec le temps sous l'influence du caustique, tout à fait mobile et put être extirpé. Le formol en solution de 10 à 30 0/0, a rendu de même de grands services. L'arsenic ne présente qu'une action caustique : les topiques recommandés dans ces derniers temps (cancrine, etc.) n'ont sans doute pas de valeur. L'iodoforme reste dans ce domaine supérieur à ses succédanés (airol, etc). La ciguë, la chélidoine, le condurango méritent d'être utilisés davantage. Les régimes divers préconisés par quelques auteurs, tels que la suppression de l'alimentation azotée, par exemple, ne paraissent pas exercer d'action sur la croissance du néoplasme. Les extraits thyroïdiens ne donnent pas de résultat thérapeutique. La question de l'influence curative du streptocoque de l'érysipèle n'est pas encore entièrement élucidée.

L'orateur croit que le traitement rationnel des cancers inopérables ne pourra être déterminé qu'à la condition de fonder des hôpitaux pour cancéreux, dont la direction sera confiée à des hommes de science.

E. Vogt.

Nouveau procédé de suture (*Société de chir.* 16 mai 1900). — M. Michaux emploie depuis longtemps un procédé de suture imaginé par M. Michel. Après affrontement des lèvres de la plaie, on les unit par une série de serres-fines en nickel reliées par deux broches métalliques. Dans toutes les régions où la peau n'est pas trop épaisse, on peut suturer en quelques secondes et sans douleur, là où la suture ordinaire emploie plusieurs minutes et cause de la douleur.

A. Benoit.

Anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne, technique et résultats, par Tuffier (*Semaine médicale*, n° 21, p. 167), — M. Tuffier a opéré

par cette méthode 63 malades. Ses interventions ont porté sur les membres inférieurs, le périnée, le rectum, l'abdomen, les organes génito-urinaires externes et internes de l'homme et de la femme. Dans les 63 cas, il a obtenu l'analgésie absolue et la guérison de ses malades, sans complication précoce ni tardive.

Il faut se servir d'une seringue de Pravaz stérilisable, munie d'une aiguille suffisamment longue pour traverser les différents plans qui séparent la peau de l'espace sous-arachnoïdien. Cette aiguillle mesure 9 centim. de long; son diamètre extérieur est de 11 dixièmes de millimètre, son diamètre interne de 8 dixièmes de millimètres. Sa portion piquante est taillée en biseau très court. La solution de cocaïne est au titre de 2 0/0; elle doit être stérile et préparée depuis peu de jours.

Le sujet étant assis, les deux bras portés en avant, la région lombaire est aseptisée par un savonnage à la brosse et un lavage à l'alcool. Le tronc étant dans la rectitude les crêtes iliaques sont repérées. La ligne transversale qui les réunit passe au niveau de la cinquième vertèbre lombaire (apophyse épineuse).

L'index gauche marquant l'apophyse épineuse trouvée; on recommande au malade d'incliner fortement en avant le tronc, de façon à faire « gros dos ». Ce mouvement a pour effet de produire entre les lames vertébrales de la vertèbre repérée et de la vertèbre sous-jacente un écartement de 1 c/2 environ.

On saisit alors entre le pouce et l'index de la main droite l'aiguille seule, préalablement stérilisée et on pique à droite de la colonne vertébrale, à 1 cent. environ de la ligne épineuse, tout contre le bord de l'index qui repère l'apophyse.

Si l'aiguille a pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien, elle ne rencontre aucune résistance et on voit sourdre presque aussitôt un liquide clair, jaunâtre, qui sort goutte à goutte, quelquefois par saccades rythmiques. Le chirurgien ne doit injecter de solution cocaïnée qu'après avoir constaté cette issue de liquide céphalo-rachidien.

La dose à injecter ne doit pas dépasser 0 gr. 015 de cocaïne, soit un peu moins de la moitié de la seringue, avec la solution à 2 0|0. L'injection terminée, on retire l'aiguille et on obture l'orifice avec du collodion stérilisé.

On note la minute précise où l'injection est finie et on attend. Après un laps de temps qui varie entre quatre et huit ou dix minutes, le patient accuse des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes. A partir de ce moment, on peut commencer à opérer. Progressivement la sensibilité à la douleur et à la chaleur disparaît; la sensibilité au contact persiste seule.

L'analgésie est complète. absolue; les opérations les plus douloureuses peuvent être pratiquées. La durée de l'analgésie est de une heure à une heure et demie.

Il ne survient aucun accident grave du fait de l'anesthésie. En général les malades accusent une sensation de pesanteur épigastrique, un peu d'anxiété, de nausées ou de vomissements. Ceux-ci sont presque constants. La céphalalgie est également très fréquente et peut durer assez longtemps (jusqu'à 48 heures après l'injection). On a encore noté des sueurs, un certain degré de dilatation des pupilles, un léger tremblement des jambes, un peu de rapidité du pouls. Enfin dans 15 cas, on a observé une élévation vespérale de la température le jour même de l'intervention (38° à 40°), et cela sans aucune complication opératoire. Ces élévations de température paraissent bien le fait d'une action sur les centres thermiques.

G. Lyon.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux.

Règles générales concernant le traitement des affections stomacales (*Deutsche Praxis*, 15 mai 1900).— Schule ne croit pas que dans l'hypoacidité il soit prudent de supprimer entièrement la viande, bien que celle-ci soit souvent alors d'une digestion fort difficile. La présence de cet aliment agit en effet comme un stimulant de la sécrétion glandulaire, et il faudra recommander l'alimentation carnée pour le repas de midi au moins.

Les affections gastriques sont extrêmement variées au point de vue des symptômes qu'elles provoquent et de la médication qui leur est applicable; mais on peut cependant, à ce dernier point de vue, poser en principe que les eaux chlorurées sodiques seront utiles dans l'hypoacidité, les eaux contenant du sel de Glauber dans l'hyperacidité. On se souviendra que les cures de ce genre n'exercent leur plein effet que si elles sont accompagnées de pratiques hydrothérapiques, sans que l'augmentation ou la diminution de l'acidité exige dans ce cas de traitement spécial.

Les médicaments les plus capables d'abaisser le taux de l'acidité sont le sous-nitrate de bismuth et le sucre de canne. Les solutions su-

crées sont à recommander dans les cas d'ulcère rond.

Le bicarbonate de soude produit, sur un estomac en train de digérer, un abaissement du taux de l'acidité bientôt suivi d'une augmentation qui peut atteindre un taux élevé.

Au point de vue de la motilité, on constate que l'eau glacée exerce une inhibition marquée, que l'eau chaude et surtout l'acide carbonique stimulent, au contraire, la motilité. La durée de la digestion stomacale semble diminuée par la position horizontale, mais elle est augmentée par le sommeil. L'auteur n'accorde à aucun médicament une action stimulante de la fonction motrice.

Les liquides séjournant peu de temps dans l'estomac, il semble rationnel de recommander le régime liquide en cas de motricité insuffisante. Mais on se heurte à cette difficulté très grande, que les calories nécessaires ne peuvent à la longue être fournies par une alimentation de ce genre. Les potages, spécialement, contiennent une quantité absolument insuffisante de principes nutritifs. On s'adressera donc au lait et l'on recommandera les purées et les hachis pour subvenir aux besoins de l'organisme.

En cas de sténose pylorique, les mêmes règles devront être observées.

La péristaltique augmente sous l'influence de la chaleur : l'application de cataplasmes ou de compresses chaudes sur la région stomacale est donc à recommander.

L'auteur insiste en terminant sur l'extrême importance de l'hydrothérapie, spécialement des bains de siège tièdes, suivis d'affusions froides sur la région abdominale, et surtout de la douche écossaise sur l'épigastre.

E. Vogt.

Emploi du suc gastrique d'animal dans les affections stomacales. *Séance du 30 avril de la Société de médecine interne de Berlin*). — La présentation du malade de P. Mayer, dont nous avons parlé dans le n° 11 de cette revue (p. 380), a donné lieu, à la séance suivante, à une discussion importante.

Litten a fait ressortir à nouveau combien le cas était anormal, tant à cause de l'absence complète d'éléments actifs dans le suc gastrique du malade, qu'à cause de l'existence d'une diarrhée chronique : cette complication était certainement due au fait que l'intestin recevait des aliments non digérés produisant une irritation marquée.

Un troisième point digne de remarque, c'est l'intégrité absolue des fonctions motrices de l'estomac.

L'orateur croit que le suc gastrique de chien représente un médicament précieux pour les cas où le trouble digestif n'est que passager, et dû, par exemple, à un état neurasthénique, comme dans l'observation de Mayer. Le suc gastrique de chien a permis de combattre le trouble de sécrétion stomacale jusqu'au moment où, la neurasthénie étant guérie, la sécrétion est redevenue normale.

Si, au contraire, on se trouve en présence d'une lésion organique de la muqueuse (dégénérescence amyloïde par exemple), le résultat sera négatif : il pourra même être dangereux pour le malade, car les cas de ce genre s'accompagnent toujours de troubles de la mobilité et le suc gastrique étranger, séjournant dans l'estomac, pourrait exercer son action aux dépens de la muqueuse et donner naissance à un ulcère.

Le Pr Leyden rappelle que l'observation de Mayer n'a été soumise à la Société que dans le but d'attirer l'attention sur une médication nouvelle. Depuis 50 ans, le problème consistant à introduire dans l'estomac des éléments digestifs qui lui manquent, n'a pu être résolu d'une manière satisfaisante. Les quantités de substance active que l'on peut ingérer sont minimes : il est, par exemple, impossible de faire accepter aux malades les quantités d'acide chlorhydrique qui seraient théoriquement nécessaires, et si la médication chlorhydrique continue à être en honneur, c'est faute de mieux, car son efficacité est sujette à caution dans les conditions actuelles.

L'idée de Pawloff constitue, certes, un grand progrès, mais sa réalisation en grand n'est pas possible.

Paul Mayer est d'accord avec Litten, il admet aussi que dans le cas d'atrophie de la muqueuse gastrique, le traitement en question sera de peu d'utilité, car dans cette affection, l'intestin ne reste jamais normal.

Quoi servirait en effet de faire passer un chyme même bien digéré dans un intestin atrophié lui aussi ? L'indication principale de la méthode de Pawloff, consiste dans les états hypochlorhydriques.

Dans un suc gastrique naturel, la pepsine et HCl sont en combinaison intime, et il n'a jamais été possible d'obtenir artificiellement une pepsine exactement semblable à celle que contient le suc gastrique. L'emploi thérapeutique de pepsine, ou de HCl ne correspond donc pas à l'emploi du suc gastrique naturel.

On s'occupe en ce moment, à la clinique du Pr Leyden, d'opérer des chiens dans le but d'avoir sous la main la gastérine nécessaire aux expériences ultérieures.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Quelques points de la thérapeutique des maladies du cœur, par M. H. Thomson (*Medical Record*, 17 mars 1900. — Dans les inflammations aiguës du cœur, le médicament que l'on doit préférer est l'aconit, il est le sédatif idéal de la douleur cardiaque et il ralentit les battements du cœur. Dans les inflammations d'origine rhumatismale, les salicylates ne semblent point avoir d'action préventive sur l'endocardite rhumatismale.

L'ancien traitement avec les alcalins semble à l'auteur supérieur à ce point de vue. La digitale dans les cas où le myocarde est altéré, soit qu'il y ait inflammation parenchymateuse, soit qu'il y ait dégénérescence graisseuse doit être proscrite. Il vaut mieux lui substituer l'alcool à haute dose, la strychine, la caféine et surtout les injections d'huile stérilisée camphrée.

Dans les cas où la lésion cardiaque tend à passer à l'état chronique, il faut prolonger le repos et continuer l'aconit. Dans les cas de péricardite, il faut avoir recours aux révulsifs. L'auteur s'est très souvent bien trouvé, pendant les périodes douloureuses où la compensation a peine à s'établir, de l'emploi de la belladone.

Dans les cas chroniques, où il existe de l'insuffisance cardiaque, il faut surveiller l'état du tube gastro-intestinal : on administrera le benzoate de soude tous les matins, on prendra une solution de phosphate de soude : de temps en temps une pilule bleue sera prescrite. Enfin si les reins fonctionnent mal, on donnera de grands lavements laxatifs. C'est alors que la digitale rendra de grands services ; à chaque dose de digitale, on joindra une dose de nitroglycérine. Quand la digitale ou le strophantus sont mal supportés, on aura recours aux pilules de scille, de citrate de caféine et de strychnine.

Dans l'intervalle des accès, l'auteur se montre partisan du repos au grand air permettant une oxygénation puissante des muscles. L'iodure de sodium sera donné de temps en temps, l'arsenic et la strychnine peuvent également être prescrits dans les lésions séniles du cœur. Quant à la cure suivant les principes d'Oertel, et aux massages violents, ils doivent être réservés à des cas spéciaux, pour ne point amener de résultats désastreux.

A. Sainton.

Traitement de l'hémoptysie, par le Dr F. Carbonell-Salis (*Revista cientifica professional*, n° 4, 1900). — Les cas vulgaires d'hémoptysie sont faciles à traiter, dit le Dr Carbonnel ; le repos, les boissons froides et acides, l'ergotine, etc. suffisent dans la plupart des cas. Mais il est des cas où l'hémoptysie est bien plus grave et il faut alors une attention spéciale de la part du médecin quand il s'agit d'intervenir plus énergiquement. On se trouve, en effet, parfois en présence de malades offrant des signes stéthoscopiques peu nets, mais en imminence de poussée aiguë.

Les moyens indiqués plus haut sont alors inefficaces, l'hémoptysie sans être copieuse se reproduira fatalement et ce n'est guère qu'en recourant aux injections d'ergotine et d'acide sclérotinique qu'on peut arriver à modérer la perte de sang.

L'auteur recommande en outre spécialement pour ces cas, la révulsion et la médication émétique, la première, sous la forme de cautérisations multiples et très petites, pour régulariser l'action des vaso-moteurs. La médication vomitive est très rationnelle, car plus que n'importe quelle autre, elle produit l'ischiémie profonde et rapide du parenchyme pulmonaire, en régularisant le rythme circulatoire et respiratoire.

L'auteur a pu recueillir dans sa clientèle plusieurs observations dans lesquelles un vomissement spontané a triomphé de l'hémoptysie ; c'est ce qui l'a engagé à essayer cette médication dans un cas très grave. Il a administré une injection d'apomorphine et les effets se sont fait sentir tout de suite.

F. Berini.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

La chirurgie du sympathique par De Buck (*Belgique Médicale*, 10 et 17 mai 1900). — De cette étude, inspirée par les récents travaux de Jaboulay sur la chirurgie du sympathique, nous ne retiendrons que le résumé des résultats pratiques obtenus.

L'intervention sur le sympathique peut porter sur sa partie cervicale, sur sa partie abdominale, sur sa partie sacrée. La résection du sympathique cervical soit bilatérale, soit unilatérale a été pratiquée dans le goître exophtalmique, le glaucome et certains troubles de l'œil, l'épilepsie. Dans le goître exophtalmique, Cerkez et Juvara, Combemale et Gaudier obtinrent cha-

cun un résultat favorable, Faure, sur 7 cas, eut 2 guérisons, 2 améliorations, 2 résultats inconnus, 1 mort (délirium tremens). Jaboulay, sur 11 malades eut des améliorations notables : un seul succomba par une pneumonie. Seuls Tinoin, Soulié ont signalé l'un un résultat négatif, l'autre une aggravation de symptômes.

Dans le glaucome, Faure, Jonesco ont eu des résultats favorables ; Jaboulay, dans un cas de myopie progressive et de sclérochoroïdite postérieure a vu les accidents rétrocéder.

Dans l'épilepsie, les résultats sont moins concordants entre eux : Chipault rapporte deux guérisons sur 2 cas, Jonesco 10 guérisons absolues sur 18 cas, Launois et Jaboulay sur 16 cas ont observé 1 guérison, 3 améliorations, 3 aggravations, 1 mort, 8 cas où l'influence fut nulle. Laborde qui a expérimenté sur les animaux n'a obtenu aucun résultat appréciable. Il semble résulter de cette diversité d'appréciations, que les chirurgiens aient eu affaire à des cas d'épilepsie d'origine variée. D'après Vidal on ne doit rien attendre de l'intervention sur le sympathique cervical dans les épilepsies reflexes d'origine cérébrale, dans les épilepsies toxiques anciennes.

La résection du sympathique abdominal a été faite par Jaboulay dans un double cas d'excitation rebelle de ce nerf : il y a eu amélioration. Vauderlinden et de Buck l'ont tentée dans un cas de névralgie de la région épigastrique et rénale droite.

Jaboulay a pratiqué la discision du sympathique sacré et a eu des résultats favorables dans : 1° 2 cas de névralgie pelvienne ; 2° 2 cas d'arthropathies du membre inférieur ; 3° 2 cas de sciatique invétérée.

P. Sainton.

Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée. Bons effets des bains chauds et des ponctions lombaires, par Netter. (*Société médicale des hôpitaux*, 11 mai 1900). — La ponction lombaire permet aujourd'hui d'établir que toutes les formes de méningite sont susceptibles de guérison. Si cette dernière s'observe plus habituellement dans les inflammations simples provoquant la production d'une exsudation séreuse ou séro-fibrineuse, elle n'est pas du tout exceptionnelle dans les cas d'exsudat purulent.

M. Netter a pu réunir 7 cas de méningite purulente terminés par guérison. Dans tous les cas, la ponction lombaire a permis de retirer un liquide trouble laissant déposer un sédiment purulent et l'examen microscopique a décélé la présence du diplococcus meningitidis de Weichselbaum.

Certains enfants ont guéri rapidement, l'amélioration marquée s'installant déjà après trois ou quatre jours, d'autres ont guéri en dix à quinze jours. Deux cas ont été très longs, deux mois dans l'une, plus de trois mois chez l'autre.

La guérison doit être attribuée avant tout à l'emploi systématique des bains froids. Ceux-ci sont donnés à une température de 39 à 40° pendant une durée de vingt minutes, d'une demi-heure et renouvelés nuit et jour toutes les trois ou quatre heures. M. Netter attribue une grande valeur à l'usage de la ponction lombaire, qu'il renouvelle plusieurs fois au cours de la maladie. Enfin il use régulièrement des injections sous-cutanées de sérum.

G. Lyon.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale (*Acad. de méd.*, 15 mai 1900). — M. Chipault, après avoir essayé inutilement tous les moyens de traitement, a guéri un malade atteint de névralgie faciale grave par la *résection du ganglion cervical supérieur* du grand sympathique, du côté correspondant à la névralgie (origine vasomotrice).

A. Benoit.

Le traitement électrique de la sciatique, par Charles Dickson (*Bulletin off. de la Soc. franç. d'électro-thérapie*). — Le Dr Charles Dickson est d'avis qu'il y aurait intérêt à fixer le traitement électrique de la sciatique, la bête noire des praticiens, contre laquelle viennent échouer trop fréquemment tous les traitements recommandés dans les manuels classiques, et qui cèdera très souvent à un traitement électrique employé avec patience et discernement.

Il n'existe pas de règle absolue et le jugement du médecin sera son meilleur guide en face de chaque cas.

Le diagnostic exact devra être établi avec le plus grand soin.

Lorsque l'affection en est encore à la période d'acuité, c'est au courant continu qu'il conviendra d'avoir recours. Une large électrode positive sera placée sur la région épigastrique et à demeure pendant que l'électrode négative, petite et labile, sera appliquée pendant un temps court sur chaque point douloureux, en glissant de l'un à l'autre.

Le courant est élevé graduellement jusqu'à 5 milliampères, rarement jusqu'à 10 ; il est prudent de n'employer que de faibles doses et d'éviter de produire de la douleur ; une sensation marquée de chaleur est tout ce qui doit être ressenti ; l'électrode labile sera portée sur un autre point si cette sensation de chaleur devient intolérable. Quand tous les points ont été électrisés de la sorte, le pôle négatif sera attaché à une électrode fixe de grandes dimensions sur laquelle reposera le pied du côté ma-

lade; la petite électrode labile est alors reliée au pôle positif et appliquée sur chacun des points douloureux comme il a été dit auparavant.

Dans les cas très sérieux les applications seront journalières, mais habituellement trois séances par semaine seront suffisantes. Dans tous les cas il n'est pas opportun de prolonger chaque séance au-delà de 20 minutes.

Le but de cette manière d'agir est d'obtenir les effets contre-irritants, analgésiques et absorbants de l'électricité.

Lorsque les symptômes les plus aigus ont cédé, mais que le mal persiste, des mesures plus énergiques doivent être prises et il faut appeler à son aide l'électricité statique en tirant de longues étincelles positives tout le long du trajet douloureux, suivies d'effluves positives, trois fois par semaine. L'électricité statique a un effet marqué sur la nutrition des tissus.

Lorsque la maladie est devenue chronique et qu'il existe des dégénérescences et de l'atrophie dans les muscles environnants, le courant induit sera employé avec avantage, de préférence avec une tension élevée, en application sur les muscles qui bénéficieront en même temps de l'effet sédatif de la haute tension.

Ces moyens, employés avec prudence et patiemment, seront très souvent couronnés de succès.

E. Vogt.

Œdème douloureux persistant (*29e Congrès allemand*). — Une malade, présentée par M. Friedrich, a subi 45 incisions de la main et de l'avant-bras, qui n'ont jamais amené de pus. Bien que cette malade n'offre aucun stigmate d'hystérie, on peu juger qu'il s'agit d'un œdème douloureux récidivant, d'origine nerveuse.

A. Benoit.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Note sur l'épilation par les rayons X, par Oudin et Barthélemy (*Bulletin officiel de la Société française d'électrothérapie*, avril 1900. — On a proposé les rayons X, pour faire de l'épilation systématique dans des cas d'hypertrichosis ou de teigne. Certaines dermatoses sont traitées par cette méthode.

Mais l'inconstance des résultats, les accidents souvent éloignés et quelquefois graves, produits par une exposition prolongée aux rayons de Rœntgen, l'impossibilité de dire *à priori* dans quelles conditions il faut se placer pour s'arrêter à volonté à tel ou tel stade de l'action des rayons sur la peau, sont autant de raisons qui ont déterminé les auteurs à refuser de se livrer à toute tentative dans ce sens.

Ils ont cependant cherché s'il était possible d'arriver à quelque approximation, et s'ils pourraient, en se plaçant dans des conditions physiques aussi uniformes que possible, tirer des conclusions d'essais entrepris avec prudence sur quelques malades atteintes d'affections vénériennes et devant passer à l'hôpital un temps assez long pour que les poils tombés aient le temps de repousser avant la guérison de la maladie pour laquelle ces femmes étaient internées.

Ils ont choisi des systèmes pileux très dissemblables et ont fait porter leurs expériences sur les poils du pubis. La patiente était étendue dans le dicubitus dorsal ; une ampoule de Crookes était placée au-dessus de la région pubienne de façon que l'anti-cathode soit à une distance de 15 centimètres de la surface cutanée.

La source d'électricité était une bobine de Rhumkorff, donnant 45 centimètres d'étincelles actionnée par le secteur à courant continu.

Les malades ont été divisées en deux catégories : celles qui ont été soumises à des séances courtes et répétées et celles qui ont été soumises à une seule séance de durée de plus en plus longue.

Dans cette première série de malades ayant été soumises à de courtes séances répétées, il a été constaté que deux femmes, l'une rousse, l'autre blonde, ayant été exposées en tout à vingt-cinq minutes et à trente-cinq minutes des rayons X (les séances ayant été de cinq minutes) ont eu la première, une épilation légère et passagère, la seconde, rien du tout. Une troisième brune, après quarante minutes d'exposition totale (séances de dix minutes) a eu un violent érythème, mais n'a pas perdu tous ses poils, la plus grande partie seulement est tombée.

Dans la seconde série, on trouve un résultat négatif chez trois malades, femmes de teinte châtaine, rousse et brune, et ayant été soumises à des séances de rayons X de 12 minutes à 245 watts, de 25 minutes à 210 watts et de 30 minutes à 255 watts.

Trois autres malades, une blonde et deux brunes, ont eu de dix à vingt jours après la séance une chute de poils appréciable, mais qui a cessé après quelques jours en dégarnissant à peine le pubis. La durée des séances a été respectivement de 10 minutes à 245 watts.

Enfin, chez deux malades blondes, l'épilation

a été presque totale, sans érythème; l'une a eu une séance de 15 minutes à 245 watts, l'autre de 20 minutes à 240 watts.

Dans un cas, après une séance de dix minutes il s'est produit un érythème étendu et une épilation totale.

Enfin, comme phénomène accessoire dans un cas, une sudation assez abondante de la région exposée aux radiations.

Les auteurs insistent sur ce fait qu'il s'est produit chez deux malades des accidents de toute autre nature. Ces deux femmes, en état de bonne santé générale avant la séance ont été prises de vomissements.

La première de ces malades a été prise de nausées, de malaise général, elle a eu des vomissements d'eau glaireuse.

Pendant trois jours cet état a persisté; la malade ne pouvait prendre aucun aliment. Ce n'est que trois jours après la séance que les fonctions digestives ont repris leur fonctionnement régulier.

La seconde malade accusa des nausées et des vertiges immédiatement après la séance; des vomissements survinrent et l'état nauséeux dura toute la journée. Le lendemain ces accidents avaient complètement disparu. La séance avait duré trente minutes.

Il ressort de ces observations que les rayons X ont une action manifeste sur le système nerveux sympathique. Peut-être pourra-t-on dans l'avenir, lorsqu'on saura graduer, doser pour ainsi dire cette action, l'utiliser en thérapeutique, mais pour l'instant, les auteurs concluent qu'il est dangereux de faire de l'épilation par les rayons de Rœntgen.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien chef de clinique de la Faculté

Hémorragies et saignements de la prostate, par Guyon (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 449). — Le saignement de la prostate est exceptionnel chez les jeunes sujets, et se voit surtout chez les gens âgés. Chez ces derniers, l'hémorrhagie se voit dans les cas de néoplasme prostatique, mais plus encore dans les cas d'hyportrophie, surtout l'hémorragie provoquée par le cathétérisme qui peut être grave, même avec une sonde molle très doucement conduite. L'hémorragie spontanée est plus souvent néoplasique.

L'hémorragie prostatique spontanée se voit comme uréthrorrhagie ou comme hématurie proprement dite initiale très ordinairement, totale dans beaucoup de cas.

Si on sonde un hémorrhagique prostatique, avec un 18 ou 20, on note de l'hémorrhagie initiale et terminale si elle est peu abondante, si elle est abondante, on retrouve cette même disposition, seulement en faisant le lavage.

L'accident principal à traiter est la rétention de sang et d'urine : on y parera en plaçant une sonde à demeure dont on surveillera le « goutte à goutte » en le réglant par des injections boriquées. En cas de grandes hémorrhagies, faire l'aspiration des caillots suivie du placement d'une sonde à demeure surveillée *ut suprâ*,

E. Chevalier.

De l'Intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale, par Albaran (*in Bull Soc. chir.* 1900 p. 536). — L'auteur croit qu'il faut intervenir le plus tôt possible dans la tuberculose rénale unilatérale, et que la nephrectomie est la seule opération à faire quand il n'y a pas de résection rénale (dans ce cas on fera d'abord la néphrostomie).

Il insiste sur l'importance du cathéterisme de l'uretère fait avec les précautions qu'il indique pour éclairer le diagnostic.

Il croit que l'uréterectomie totale n'est pas toujours praticable et n'est pas toujours indispensable.

E. Chevalier.

Ibid, par Tuffier (*in Bull. Soc, chir.*, 1900, p. 583). — Tuffier critique l'emploi du cathétérisme des uretères et considère la néphrectomie lombaire sus-capsulaire comme la méthode de choix saut pour les formes pyonephroses tuberculeuses où il fait d'abord la néphrotomie puis la néphrectomie secondaire précoce.

E. Chevalier.

Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique, par Mauclaire (*in Ann Gen. Ur.*, 1900, p. 356). — L'auteur donne une intéressante revue des opérations pratiquées pour amener l'atrophie des glandes et propose pour le testicule de faire ceci :

On fait la ligature simultanée de tous les éléments du cordon (ou mieux leur résection entre deux ligatures). Si la tuberculose n'est pas suppurée on voit l'atrophie survenir et laisser au malade un noyau dur, indolore qui lui donne l'illusion d'un testicule. Si la tuberculose est suppurée on ajoute à l'opération le grattage, le curettage, l'exposition à ciel ouvert, les cautérisations centripètes avec la fine pointe du thermocautère, et on obtient à la longue (sauf

dans les cas de fistule ancienne suintante), une atrophie avec noyau dur évitant la castration.

E. Chevalier.

Traitement de la cystite tuberculeuse, par Desnos (*Journal des Praticiens* n° 15, p. 230, 1900).

Le traitement général, applicable à toutes les tuberculoses, ne devra pas être négligé (suralimentation, usage des phosphates, de l'arsenic, etc.)

Le traitement hydro-minéral reconnait certaines indications, mais on devra éviter les eaux de lavage faiblement minéralisées qui n'agissent que par la grande quantité de liquide ingéré et fatiguent la vessie par des mictions trop nombreuse. Les stations de la Bourboule, Salies-de-Béarn, Biarritz ou les eaux sulfureuses des Pyrénées sont bonnes à des titres divers.

Dans la plupart des cas, la douleur exige une thérapeutique spéciale. En dehors des médications topiques de la vessie, les calmants administrés par la voie rectale sont très efficaces ; des suppositoires contenant de 1 à 3 centigr. de belladone, de cocaïne, d'extrait thébaïque atténuent les douleurs. On se trouve bien surtout du lavement suivant :

Antipyrine.....	1 gr. 50
Laudanum de Sydenham	XII gouttes
Décoction de guimauve.	100 grammes

à introduire après évacaation du rectum et à garder.

Enfin, l'injection hypodermique de morphine doit être réservée pour les formes très douloureuses.

Les applications locales périphériques peuvent donner un léger soulagement : tels sont les cataplasmes ou plutôt les compresses imbibées de décoction de guimauve ou de sureau recouvertes d'un imperméable et appliquées sur l'hypogastre ou le périnée ; les bains de siège ou plutôt les bains généraux. Enfin les formes congestives peuvent trouver une amélioration dans l'application de révulsifs, teinture d'iode, pulvérisations, chlorure de méthyle ou d'éthyle et surtout de pointes de feu sur l'hypogastre plutôt qu'au périnée.

Rien de plus délicat à décider que l'opportunité d'une intervention intra-vésicale, susceptible, suivant les formes, d'améliorer ou d'aggraver la maladie Il est des cystites tuberculeuses, et elles sont nombreuses, auxquelles il ne faut pas toucher ; ce sont les formes excitables, érhétiques, congestives, celles dans lesquelles les hématuries sont abondantes ou qui saignent au moindre contact d'un instrument ; dans ces cas, un cathétérisme risquerait de dénuder la muqueuse, d'accélérer le développement de la tuberculose. Il faut se contenter ici des moyens généraux ou bien tenter une cystotomie.

Mêmes réserves dans les formes du début, avec excitation vésicale interne, alors qu'on ne trouve que peu de leucocytes dans l'urine, qu'il existe une excitation vésicale intense.

Ce sont les formes moyennes, à la période d'état, qui se trouveront bien de manœuvres intra-vésicales. On emploiera des lavages au moyen de la seringue et de la sonde, lavages peu copieux, faits avec des liquides aseptiques ou faiblement antiseptiques. La solution boriquée à 4 0/0 ou l'eau soigneusement stérilisée conviennent le mieux pour cet usage.

On emploiera aussi avec avantage les instillations sur le col vésical et dans la région prostatique. Il faut rejeter le chlorure de zinc et surtout le nitrate d'argent. Les meilleurs topiques sont l'acide lactique, le sublimé et l'acide picrique : les applications d'acide lactique à 10 0/0 sont douloureuses, mais cette sensation est diminuée par l'addition de lactate de cocaïne. Le sublimé est plus efficace ; on commencera par une solution à 1/5000 dont on élèvera progressivement le titre jusqu'à 1/1000. Le topique qui convient à la majorité des cas est l'acide picrique en solution à 1/100 ; on en dépose dans la vessie vide et dans l'urètre prostatique 2 centig, cubes environ qu'on abandonne, on renouvellera ces instillations tous les deux jours.

Lorsqu'il y a rétention incomplète, le cathétérisme évacuateur s'impose ; on le pratique avec toutes les précautions antiseptiques. Il est bon d'abandonner dans la vessie, après les premiers une petite quantité (10 à 15 grammes) d'un liquide antiseptique : protargol à 4/1000 ou mieux solution gommeuse stérélisée contenant 5 0/0 d'iodoforme en suspension. M. Desnos préfère encore la mixture suivante (Collin) :

Gaïacol.....	5 grammes
Iodoforme pulvérisé...	1 —
Huile d'olive stérilisée.	100 —

Quand la maladie continue à évoluer et que les douleurs persistent ou augmentent, une intervention chirurgicale peut être indiquée. Elle consiste en la cystotomie. La vessie une fois ouverte, si l'on constate une tuberculose bien limitée, on s'attaque à la production tuberculeuse par l'excision, le raclage et la cautérisation. La cystotomie devient le plus souvent une cystostomie, c'est-à-dire qu'on laisse la vessie ouverte pendant un temps plus ou moins long pendant lequel les parois vésicales ne se contractant plus, cessent de se congestionner et pendant laquelle les douleurs s'atténuent.

Ch. Lyon.

Greffe extrapéritonéale d'une uretère sur la vessie, par CHIAVENTONE (de Milan) (*in Ann. g. ur.*, 1900, p. 507). — Pour remédier à une fistule uréterovaginale rebelle, l'auteur fit une uréterocystonéostomie par la voie abdominale, et pour faire la néoanastomose urétero-vésicale, il se servit des boutons de Boari modifié par lui-même. La réussite fut parfaite.

E. CHEVALIER.

Des fistules uréthro-rectales, par TÉDENAT (de Montpellier) (in *Ann. Gen. Ur.*, 1900, p. 463). — Tédenat ayant eu à soigner un malade porteur d'une fistule uréthro-rectale consécutive à l'ouverture par le rectum et par l'urèthre d'un abcès prostatique, fit une incision transverso-prérectale, aborda directement les orifices fistuleux uréthral et rectal, les sutura séparément, mit une sonde à demeure et pansa la plaie transverso-prérectale en la bourrant de gaze. Guérison parfaite.

Dix ans après survint un abcès urineux et une fistule périnéale, mais rien au rectum.

E. CHEVALIER.

Traitement de l'hydrocèle, par W. Mc ADAM-ECCLES (*Treatment*, vol. 3, n° 22, 1900). — Dans la plupart des cas, l'hydrocèle chronique résiste à tout traitement ; on est souvent forcé d'intervenir par des procédés énergiques.

Ceux que l'on emploie généralement sont :

L'injection et l'incision.

L'injection a souvent été employée avec succès contre l'accumulation des liquides, mais beaucoup d'inconvénients se rattachent à cette méthode ; le résultat final est très incertain, on n'évite pas la récidive et l'opération est très douloureuse. La ponction et l'injection peuvent quelquefois transformer l'hydrocèle en hématocèle et provoquer une inflammation du testicule.

Ces inconvénients font souvent écarter cette méthode, dans les cas d'hydrocèle chronique. Par contre, le traitement par incision du sac est une méthode radicale.

Il est évident, qu'il se présente parfois des cas où l'état général du malade ne permet pas d'entreprendre une opération de cette nature ; ces cas sont fort rares. L'hydrocèle peut être complètement guérie et on a souvent observé que le malade supportait plus facilement l'excision du sac que l'injection qui l'avait précédée.

Deux jours avant l'opération, il faut raser les poils du pubis et laver la région d'abord avec de l'eau et du savon, ensuite avec de l'éther à 1/2000. Le scrotum sera ensuite entièrement recouvert d'un pansement de gaze antiseptique au cyanure double de mercure et de zinc.

Le pénis sera laissé libre et le malade apprendra à ne pas salir son pansement en urinant. Le lavage sera répété le lendemain et encore au moment de l'opération : grâce à un intervalle de quarante-huit heures au moins. Entre cette première préparation et l'opération, on laissera aux glandes cutanées du scrotum le temps de se débarrasser de leur sécrétion septique.

Le malade ayant été mis sous l'influence d'un anesthésique, on découvrira les parties à opérer, la gaze du pansement sera placée entre les fesses, de manière à soulever le scrotum et à absorber en même temps le liquide qui pourrait s'écouler vers cette région durant l'opération.

Après avoir fait un nouveau nettoyage, on enveloppera le pénis dans une bande de gaze antiseptique, puis on fera une incision longitudinale, sur toute la longueur de la tumeur afin de la mettre complètement à nu. Le bistouri sera conduit jusqu'à la tunique vaginale mais ne doit pas l'entamer, car il est plus facile de la détacher du scrotum lorsque le tissu est tendu, qu'après l'écoulement du liquide lorsque le tissu est devenu flasque.

L'énucléation de l'hydrocèle est une opération des plus simples qui peut s'exécuter rapidement avec le bout des doigts et presque sans l'usage du scalpel. Il peut se produire à ce moment de l'opération quelques hémorragies, mais on pourra les combattre au moyen de pinces : il est possible qu'il soit nécessaire, à mesure que l'opération avance, de faire quelques ligatures avec de la soie. Il est très important de bien laisser sécher la plaie avant de la fermer, car il pourrait se former une collection qui compromettrait sérieusement la guérison.

Il faut éviter, en faisant l'incision du sac, de blesser le testicule.

Toute hémorragie sera vivement combattue au moyen de pinces. Si la partie supérieure du sac dépasse de beaucoup le niveau du testicule il faudra aller la chercher et l'inciser en ayant soin de ne pas blesser le cordon qui se trouve par derrière.

Le feuillet viscéral de la séreuse sera frictionné avec une solution au 20e d'acide phénique, afin de détruire son endothélium.

Il ne reste plus alors qu'à bien fermer les vaisseaux et à affronter les lèvres de la plaie au moyen de sutures. Il peut être utile de placer un tube à drainage, lorsque la surface dénudée est importante.

Dans ce cas, il faudra mettre un drain d'un calibre assez important pour permettre l'écoulement facile des liquides.

La région scrotale sera recouverte d'un topique formé de deux parties d'oxyde de zinc pour une d'acide borique, dans le but d'empêcher le développement d'un eczéma.

Il sera préférable de maintenir le scrotum élevé pendant deux jours au moins. Le malade devra uriner dans la position génu-pectorale.

Dans le cas où on s'est servi d'un drain, ce dernier devra être enlevé au bout de trente-six heures. Dans le cas contraire, on ne changera le pansement que le sixième jour. Le malade reprendra ses occupations vers le quatorzième jour.

E. Vogt.

Des diurétiques dans l'hydropisie rénale: Indications et emploi par E. K. Axtell (*Medical News*, n° 3 1900). — Un des principaux symptômes du mal de Bright est l'hydropisie. Elle existe dans la plupart des néphrites aiguës, pourtant on rencontre des cas où elle est très légère ou même absente, comme par exemple dans les néphrites aiguës qui accompagnent la pneumonie, la fièvre typhoïde ou la diphtérie. Dans la néphrite suraiguë où le rein est gros et blanc, l'hydropisie est très fréquente ; on la constate en proportion de 90 0/0 des cas.

L'hydropisie dans les cas de sclérose rénale est due à une faiblesse cardiaque, mais dans la néphrite aiguë les causes sont plus difficiles à établir.

Les diurétiques dans le traitement de l'hydropisie peuvent faire beaucoup de mal s'ils ne sont pas choisis avec discernement. On peut les diviser en deux classes : les diurétiques directs et les indirects. Tous les médicaments qui augmentent la diurèse en agissant directement sur les reins, appartiennent à la première catégorie ; tous ceux qui augmentent la diurèse en augmentant la pression sanguine en général, appartiennent à la seconde. Les diurétiques de cette espèce, agissent sur le cœur, mais n'agissent pas sur les reins.

Les diurétiques directs peuvent être divisés en d. salins et d. stimulants. Les premiers modifient la réaction du liquide urinaire : les sels potassiques sont certainement, parmi eux les plus actifs, et ils excitent l'épithélium rénal. Il faut donc bien se garder de les administrer quand le rein est enflammé ; il est inutile d'ajouter à la congestion aiguë une hypérémie artificielle. On attendra donc une semaine ou deux avant de les prescrire en cas de néphrite aiguë. Dans les néphrites chroniques, on obtient bien avec les diurétiques salins une augmentation de la diurèse, mais l'hydropisie ne semble pas influencée.

Les diurétiques stimulants sont recommandés d'une façon abusive dans l'hydropisie d'origine rénale. Il ne faudrait jamais les utiliser avant d'avoir essayé les diaphorétiques et les purgatifs.

Les *sommités de genêt*, en décoction représentent un diurétique irritant, fréquemment usité en Angleterre et aux Etats-Unis; ce médicament n'offre pas d'avantages spéciaux.

La *scille* est plutôt un médicament cardiaque dont l'action dans les hydropisies rénales, est peu marquée.

Le *citrate de caféine* semble présenter, en dehors de son action sur le cœur, une action diurétique propre, car la contraction vasculaire qu'il produit dans le rein est bientôt suivie d'une dilatation marquée. L'effet thérapeutique fait souvent défaut.

La *digitale* présenterait pour Wood une action diurétique directe, surtout quand on l'administre en infusion. L'auteur a trouvé que la digitaline est moins active sous ce rapport.

La *diurétine* (salicylate et théobromine et de soude) est un médicament très instable : son action sur les propriétés sécrétantes du rein est prompte et énergique et dure vingt-quatre à trente heures, elle n'exerce pas d'influence délétère sur l'épithélium rénal : on peut en continuer l'emploi sans inconvénients pendant longtemps. En cas d'insuccès, il faut lui adjoindre la digitale. Dans le cas où l'épithélium rénal est fortement dégénéré, les résultats sont nuls.

L'esprit d'éther nitrique jouit d'une réputation surfaite comme diurétique.

Le *calomel* est pour ainsi dire inutilisable dans l'hydropisie rénale, tandis que sa valeur thérapeutique est, comme l'on sait, fort grande dans l'hydropisie cardiaque.

La *fuchsine* est beaucoup trop irritante pour pouvoir être recommandée.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Tumeurs intra-ligamentaires par Thomas Hawkins, (*Am. Gyn. and. Obst. journ.* janv. 1900). — Il y a deux espèces distinctes de tumeurs intra-ligamentaires : les tumeurs kystiques et les tumeurs fibreuses. Ces néoplasmes sont souvent des kystes papillaires et beaucoup sont bilatéraux; mais c'est une erreur de faire du mot tumeur intra-ligamentaire un synonyme de kyste du parovaire.

Une tumeur intra-ligamentaire est un néoplasme développé entre les replis ou les feuillets du ligament large.

Les tumeurs solides ou fibromes tirent probablement leur origine de l'utérus, se dirigeant

du côté de la moindre résistance et séparant les feuillets du ligament large.

Les kystes peuvent être des tumeurs ovariennes : mais souvent ce sont des kystes du parovaire.

Les tumeurs intra-ligamentaires sont généralement sessibles et reposent profondément dans le bassin en contact intime avec les feuillets du ligament large. Parfois cependant elles repoussent le péritoine et se développent dans la cavité abdominale où elles peuvent atteindre de grandes dimensions. Quelquefois elles s'insinuent entre les feuillets du méso-colon où elles contractent des adhérences solides.

Ces tumeurs peuvent avoir en outre de leur capsule péritonéale une sorte de pédicule particulier par où passent des vaisseaux de moyen calibre.

Un rapport important est celui que ces tumeurs présentent avec les gros vaisseaux et les uretères.

L'enlèvement de ces tumeurs peut présenter de nombreuses complications : adhérences aux intestins ; abcès salpingien ou ovarien de l'autre côté ; kyste d'un côté, fibrome de l'autre, kyste de chaque côté.

Ces tumeurs mettent sérieusement la vie en danger et l'opération quand elle rencontre des complications est une des plus difficiles de la chirurgie.

Ces difficultés tiennent aux solides adhérences du péritoine à la surface de la tumeur, à la complication de sa structure qui rend les sensations du toucher peu précises, à la grande vascularité de la tumeur et de sa surface, enfin au développement sous-séreux de la tumeur qui soulève le péritoine jusque sous le mésentère et le méso-colon.

Du reste les cas diffèrent tellement entre eux qu'il est difficile de donner une règle générale.

En présence cependant d'un gros kyste remplissant le bassin et une partie de la cavité abdominale, la conduite pourrait être la suivante :

Après ouverture du ventre, si la tumeur est très tendue, soustraire une partie du liquide. Puis lier la trompe et le ligament large du côté opposé, comme dans une hystérectomie, suivre le bord utérin jusqu'à l'artère utérine qui est saisie, liée et coupée ; séparation de la vessie et de l'utérus, amputation supra-vaginale, ligature de l'utérine du côté de la tumeur, et, avant de procéder à l'énucléation de la tumeur et de l'utérus, tâcher de découvrir et de lier l'artère ovarienne du côté de la tumeur. Chercher alors le point de clivage et énucléer rapidement la tumeur.

Réséquer le sac et fermer les tissus sur le moignon utérin par une suture continue comme dans une hystérectomie abdominale pour fibrome.

En agissant ainsi, on évite les dangers d'hémorrhagie et, si les adhérences ne sont pas trop étendues, l'opération n'est pas difficile.

Il peut être bon, avant de refermer le sac, de bourrer la cavité de gaze et de faire, dans le cul-de-sac postérieur, une contre-ouverture par laquelle la mèche sera retirée quarante-huit heures après.

Suivent onze observations.

R. Blondel.

Traitement chirurgical conservateur des myomes utérins (*29e Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 18-21 avril 1900). — Olshausen insiste à nouveau pour recommander aux chirurgiens de ne jamais extirper que le nécessaire. Beaucoup d'opérateurs, après avoir enlevé l'utérus, ont cru que les ovaires devenus inutiles devaient être enlevés aussi. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir que l'ablation d'organes en bonne santé présentait des inconvénients ; il est vrai que l'on a en général attribué ces derniers à la suppression de la ménopause, mais c'est la suppression de la fonction ovarique qui est seule en jeu. L'orateur laisse toujours un ovaire en place quand il extirpe un utérus fibromateux avant la ménopause : l'opération est plus difficile, il est vrai, mais elle profite aux malades qui échappent ainsi à divers accidents.

L'énucléation des myomes n'est possible, en général, que dans les cas où il n'existe qu'une seule tumeur (29 fois sur 207 cas personnels de l'auteur) : mais l'orateur la pratique aussi chez les femmes ayant passé la quarantaine et présentant, en dehors du myome principal, d'autres myomes de petite dimension, car ces derniers n'augmenteront pas de volume par la suite. L'énucléation n'est pas plus dangereuse que l'extirpation de l'utérus, quand on prend bien soin de faire plusieurs étages de sutures.

Olshausen est devenu avec le temps de plus en plus conservateur : le nombre de ses interventions n'a pas dépassé 16 1/2 0/0 (53 opérations sur 320 des cas observés).

E. Vogt.

Menstruation physiologique et traitement de la menstruation pathologique, par le Dr Victorino Velledor (*Revista de medicina contemporanea*, 15 avril 1900). — Diverses interprétations ont été données du processus menstruel et depuis les travaux de Lawton Tait jusqu'à ceux de Plüger et Feoktistow les hypothèses se sont succédé en nombre considérable. Grâce aux travaux de Graaf, Bischoff et Courty, on est arrivé à la connaissance exacte du mécanisme

fonctionnel physiologique. Dans toute période menstruelle, nous trouvons trois phases ; dilatation, sortie et rupture d'une ou plusieurs vésicules de Graaf, hypérémie active de l'utérus et de l'ovaire; distension et désagrégation des couches superficielles de la muqueuse utérine. On peut définir la menstruation : une hypérémie active des organes génitaux internes, avec épanchement de liquide sanguinolent, sortant à l'extérieur et accompagnées de tous les malaises des congestions pelviennes se reproduisant périodiquement.

On voit que le sang menstruel provient de l'utérus et non des parties profondes. Une fois la congestion compensée par l'expulsion du liquide sanguinolent, l'excitation réflexe disparaît, les règles cessent et la muqueuse utérine revient à son état normal : le tissu alors relâché se condense et a la surface interne de l'utérus se forme un nouvel épithélium cylindrique.

Les ovaires, pendant la période congestive, augmentent de volume, sont douloureux comme l'on peut parfaitement s'en rendre compte quand ils sont inclus dans une hernie inguinale. Tant que les règles sont normales, la femme ne présente que quelques malaises qui n'exigent pas d'autre thérapeutique que le repos.

Quand, au contraire, nous nous trouvons en face d'une menstruation anormale, qu'il s'agisse d'une aménorrhée, d'une dysménorrhée ou d'une ménorrhagie, nous devons traiter ces états pathologiques.

En présence d'une aménorrhée, le médecin doit être prudent et ne pas formuler un diagnostic avant de s'être assuré s'il ne s'agit d'une grossesse à sa première période; il faut, après examen de la constitution de la malade, les tares héréditaires ou acquises, la traiter par l'arséniate de soude, l'iodoforme, les mercuriaux, la strychnine pour vaincre l'inertie vaso-motrice caratérisée par le manque de pouvoir réflexe. L'auteur recommande beaucoup l'arséniate de strychnine, associé au fer pour combattre l'anémie et la chlorose, l'apioline, l'hyosciamine donnent encore de bons résultats administrées quelques jours avant l'époque probable des règles. Si l'aménorrhée dépend d'un refroidissement brusque, la sudation, la poudre de Dower, les sinapismes à la partie supérieure et interne des cuisses, rendront de grands services. Dans certains cas, une émission sanguine peut être d'une grande utilité.

En cas d'excès de flux catoménial et en présence d'une abondante ménorrhagie, on recommandera le repos absolu au lit et, si possible, avec le pelvis plus haut que la tête et on ordonnera des boissons fraiches acidulées. Au besoin, on peut faire quelques injections d'ergotine. Le froid et la chaleur comme moyens hémostatiques ont besoin d'être continués pendant très longtemps si l'on veut obtenir une action efficace, et généralement les malades ne disposent pas des appareils nécessaires. Le tamponnement est un bon moyen auquel on doit recourir souvent, on ordonnera, en outre, tous les médicaments pour l'usage interne influant sur l'atonie musculaire et modifiant l'hypérémie.

Finalement, la dysménorrhée dépend de deux causes bien distinctes : les unes dynamique, et les autres organiques. Les premières dépendant d'un spasme du col de l'utérus, et les secondes d'une difficulté au passage des produits menstruels, par sténose cervicale ou par hypertrophie de la muqueuse, ou encore par la présence de caillots et de débris de membranes, ou bien encore par quelque tumeur. Pour combattre la première manifestation, l'auteur recommande l'atropine; si les phénomènes congestifs prédominent, on ajoutera l'aconitine : si les effets mécaniques sont en cause, on utilisera l'ergot de seigle et l'hyosciamine pour faciliter la dilatation du col utérin contracté. Quand il s'agit de tumeurs, l'unique indication se trouve dans les moyens chirurgicaux.

F. Berini.

Deux cas de septicémie traités par le sérum antistreptococcique de Marmoreck, par le Dr J. Cortiguera (*Revista de Medicina y Cirugia Practicas*, 14 avril 1900). — Dans le premier cas, il s'agit d'une dame qui, trois jours après un accouchement normal, eut de la fièvre, des frissons, etc., et chez laquelle le Dr Cortiguera, appelé deux jours plus tard, a trouvé, avec une déchirure du périnée infectée et un infarctus, probablement ganglionnaire, touchant le col utérin, une matrice grosse, pesante. Il pratiqua la désinfection aussi minutieuse que possible et un phlegmon à la partie externe de la cuisse suivant la méthode de Fochier. Après une rémission notable des symptômes, ils reparurent de nouveau au bout de quatre jours, ce qui le décida à faire de nouveau l'injection d'essence de térébenthine, Les symptômes s'amendèrent, mais reparurent jusqu'à trois fois, l'auteur fut obligé de faire trois injections d'après la méthode de Fochier. En plus, on faisait des lavages intra-utérins avec du sublimé, suivis d'attouchements et tamponnements avec de la gaze iodoformée trempée dans l'essence de térébenthine.

Croyant la malade en pleine convalescence, il est appelé pour la visiter et la trouva avec 40°, des douleurs très fortes à l'hypogastre et des troubles gastro-intestinaux. Il reconnut une cellulite péri-utérine et pratiqua une injection de 20 gr.

de sérum antistreptococcique, et six jours après une nouvelle de 10 grammes. Tout de suite après ce traitement, le soulagement est venu, avec tendance à la résolution du phlegmon péri-utérin. Quelque temps après, la situation restait indécise, car la cellulite ayant terminé par suppuration on hésitait sur la route à suivre pour ouvrir la collection: le pus n'avait pas une tendance déterminée à cheminer dans une direction plutôt que dans une l'autre.

Dans le second cas, il s'agissait d'une dame avec un kyste ovarique, à laquelle on fit la laparotomie. Le jour même de l'opération, elle ressentit de fortes douleurs dans le ventre, accompagnées de symptômes de péritonisme. Après avoir pris une purge et expulsé plusieurs vers intestinaux, la température oscilla entre 37°5 et 39°. Le quatrième jour, il lui fit une injection de sérum de Marmoreck à la dose de 20 grammes, et le lendemain une autre de 10 grammes, mais avant, on avait produit le phlegmon de Fochier qui s'était très bien développé: on pratiqua en outre journellement des injections de sérum artificiel de Chéron, de 20 grammes chaque. Tout rentra dans l'ordre et, le sixième jour après l'opération, la blessure de la malade était cicatrisée.

Le Dr Cortiguera n'est guère partisan de l'emploi des sérums en général: cependant il ne partage pas les craintes d'autrefois concernant la nocuité qu'ils peuvent avoir pour les malades; mais en échange, il n'est guère convaincu de leur efficacité, car la rémission des symptômes qu'on observe se présente en même temps que la cellulite, c'est-à-dire un phlegmon, un foyer septique localisé.

C'est pour cela qu'il croit qu'on peut essayer le sérum dans toute septicémie puerpérale ou post-opératoire probablement streptococcique, car son usage ne semble pas dangereux, mais sans pour cela délaisser le phlegmon thérapeutique, les injections de sérum artificiel, les bains tièdes et autres moyens, et sans renoncer à l'emploi des désinfections locales, des purgatifs dont l'indication est souvent claire et précise. Il ne faut pas oublier que quand le streptocoque circule dans le sang de la malade, il disparaît de ce liquide quand le phlegmon de Fochier se développe.

F. Berini.

Valeur thérapeutique de la suggestion dans les vomissements des femmes enceintes (*Wratsch* n° 5, 1900). — Anouffrieff a eu l'occasion de recourir à la suggestion dans deux cas. Dans le premier cas il s'agit d'une femme de vingt-six ans, enceinte pour la troisième fois, chez laquelle les vomissements atteignaient un tel degré qu'on était décidé déjà de pratiquer l'avortement. Cependant, on essaya d'abord de la suggestion; on fit deux séances (suggestion à l'état de veille). Le résultat obtenu fut excellent, les vomissements s'arrêtèrent et la grossesse poursuivit son cours normal.

Le deuxième cas concerne une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la huitième fois; vomissements sanguinolents se répétant deux et trois fois par jour. La suggestion a donné là encore le même résultat satisfaisant que dans le premier cas, mais comme le malade était à peine au troisième mois de sa grossesse et que, ayant quitté l'hôpital elle n'y est jamais retournée, on ne peut savoir si la guérison a été définitive.

A propos de ces deux cas, l'auteur s'est livré à quelques considérations générales sur le traitement des vomissements incoercibles. Il dit tout d'abord que pourlui, dans un certain nombre de procédés ayant pour but l'arrêt des vomissements (par exemple, la dilatation du col, la résection des polypes, incisions, pessaires) c'est la suggestion qui au fond, est l'agent curateur.

En ce qui concerne le mécanisme de l'action thérapeutique de la suggestion dans les vomissements incoercibles, l'auteur pense que sous l'influence de la suggestion, il se produit tout d'abord une anesthésie des fibres sensitives dans les voies nerveuses conductrices, ensuite une inhibition des mouvements réflexes, enfin une diminution psycho-réflexe des processus nerveux centraux. L'action favorable de la suggestion, du moins dans certains cas, commence à être confirmée un peu partout. Il reste maintenant à étudier la base anatomo-pathologique de ce phénomène dont la connaissance exacte ne nous est pas encore complètement familière.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Un cas de Tétanie, par Marfan (*Journal de médecine interne*, 15 mars 1900). — A propos d'un cas de tétanie chez une enfant de 10 mois, nourrie au sein, Marfan rappelle les principales règles du traitement de la tétanie. Il faut combattre la constipation et régler l'alimentation. L'enfant ne sera nourri qu'au sein; les tétées seront données toutes les deux heures et demie et toutes les trois heures et une seule fois la nuit. La constipation sera combattue par le ca-

lomel à doses fractionnées, donné une fois par semaine.

Calomel à la vapeur..... 0 gr. 04
Poudre de sucre..... 0 gr. 50

M. et diviser en quatre paquets. Un paquet toutes les demi-heures.

Tous les jours l'enfant prendra un lavement à l'eau bouillie chaude.

Deux fois par jour, à midi et le soir, avant une tétée, on donnera une cuillerée à dessert de la potion :

Julep gommeux..... 90 grammes
Bromure de potassium. } ãã 2 grammes
Hydrate de chloral..... }

Enfin, on a préconisé contre la tétanie l'emploi de courants continus sur la colonne vertébrale, courants très faibles « leur emploi abrégerait la durée de la maladie. »

P. Sainton.

Les vomitifs dans les maladies de l'enfance, par le Dr Pujador (*El criterio catolico in los Ciencias Medicas*, avril 1900.) — Les conditions anatomiques de l'estomac des enfants font que le vomissement se réalise sans effort, circonstance attribuée par Schultze à la forme et direction de ce viscère, si différentes de celles de l'adulte.

Suivant les conseils d'Hufeland il emploie les vomitifs *larga manu* depuis plus de vingt ans et toujours avec succès. Il se sert de la poudre ou sirop d'ipéca, suivi d'un léger laxatif salin, la magnésie par exemple.

Dans la clinique où il pratique il a eu occasion de voir un très grand nombre d'angines diphtériques qu'on a traitées par le vomitif d'abord, et le chlorate de potasse et l'eucalyptus en potion ensuite, et toutes ont guéri. Cette médication vomitive s'emploie aussi avec grand succès dans la pneumonie. Dans les fièvres éruptives, quand elles se présentent sous une forme irrégulière et menaçante, que l'éruption est à peine visible, et que par conséquent, le virus s'élimine insuffisamment, l'auteur croit qu'il faut rappeler le sang à la peau pour augmenter sa vitalité. L'éruption se fera alors normalement, et un des meilleurs moyens de l'obtenir est l'administration d'un vomitif qui produira un état syncopal profond, mais de peu de durée, suivi d'une réaction prompte et énergique qui aidera la sortie de l'éruption. La dose qu'il a l'habitude de donner est de 20 centigrammes de poudre d'ipéca chaque dix minutes pour obtenir trois vomissements au moins. On ne peut douter des effets sédatifs et antiphlogistiques des vomitifs, car en déterminant une forte dérivation sur l'estomac, l'intestin, le pancréas, le foie, et tout le système de la veine-porte, on accumule le sang en grande quantité vers ces points, et on produit naturellement une révulsion sur les organes de la tête et de la poitrine, en les privant d'une grande quantité de sang. En même temps il se produit une hypersécrétion des organes glandulaires par lesquels s'expulse une grande quantité de toxines, c'est là encore un des meilleurs effets du vomitif.

F. Berini.

Pharmacologie

D' E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Action therapeutique des phosphoglycérates acides, par Bardet (*Les nouveaux remèdes*, 24 avril 1900), — L'auteur a étudié l'action des phosphoglycérates acides et il relève les observations suivantes :

Doses faibles. — En raison de la réaction acide très nette des solutions, les phosphoglycérates acides ne peuvent être employés en injections hypodermiques sous peine de provoquer une irritation qui les rend, à ce point de vue, inférieurs aux sels neutres.

A la dose de 3 ou 4 grammes, administrés par voie gastrique, l'action dynamophore déjà observée avec les sels neutres s'observe également, mais elle est certainement plus rapide et plus intense.

L'excrétion phosphatique urinaire n'est pas très sensiblement augmentée par l'ingestion des phosphoglycérates acides, même quand on atteint des doses élevées.

Le coefficient azoturique est considérablement élevé par l'emploi des phosphoglycérates acides administrés à faible dose (1 à 3 gr.) : il n'augmente plus ensuite si l'on élève les doses.

En même temps que se produit cet effet on constate que ce titre acidimétrique de l'urine augmente sensiblement.

Doses élevées. — Si on pousse les doses de phosphoglycérate acide de sodium à 15 et 25 grammes par jour, on constate qu'elles sont bien supportées.

A haute dose, le phosphoglycérate acide de sodium exerce une action laxative et purgative, extrêmement douce, qui pourrait rendre de sérieux services en thérapeutique.

Par son mécanisme, cette action ressemble à celle du phosphate tribasique de sodium, mais elle s'en distingue par une action cholagogue très intense.

En outre, on observe en même temps tous les phénomènes constatés dans l'emploi des petites doses, mais sans que l'intensité des effets soit proportionnelle à l'élévation de la dose.

On peut conclure en disant que les phosphoglycérates acides reproduisent avec plus d'intensité les effets des sels neutres et qu'au point de vue des réactions urinaires ils agissent dans le même sens, mais à un degré moindre, que l'acide phosphorique suivant la communication de Joulie.

E. Vogt.

L'oxycamphre (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 11, 1900). — L'oxycamphre, recommandé (voir cette *Revue*, p. 139, 1899) comme antidyspnéique, a été soumis par Neumayer à une nouvelle expérimentation. Le mode d'administration a varié (ingestion stomacale en nature, en tablettes, en injection sous-cutanée avec l'huile comme véhicule, ou en solution alcoolique connue sous le nom d'*oxaphore*). Le médicament est toujours fort bien supporté ; si l'on utilise l'oxaphore on donnera comme dose moyenne quarante gouttes, correspondant à 1 gramme d'oxycamphre, dans une cuillerée à soupe d'eau.

Plus de cinquante observations ont démontré à l'auteur que la dyspnée, quelle qu'en soit la cause, est modifiée rapidement par ce médicament. Le type respiratoire tend, au bout de quelques minutes après l'ingestion, à se rapprocher de la normale et le malade se sent très soulagé. L'action est inférieure à celle de la morphine et une certaine accoutumance se produit au bout de quelque temps.

L'action maxima est obtenue quand le médicament est administré à jeun.

E. Vogt.

La huamauripa par le Dr Bignon, de Lima (*Los nuevos remedios*, n° 7, 1200). — Parmi les nombreuses plantes médicinales appartenant à la flore de la partie la plus élevée des Andes péruviennes, existe la huamauripa, jouissant chez les indigènes, d'une grande réputation comme spécifique des malades des organes respiratoires. Raimondi qui a été le premier à étudier cette plante l'a nommée *Cryptochœtes andicola*.

La plante présente de larges feuilles lancéolées, de couleur verdâtre à leur face interne, et violettes à leur face externe : on la trouve de préférence dans les grottes, les anfractuosités des rochers.

La huamauripa est très aromatique et résineuse et s'emploie en infusion à la dose de 25 grammes de feuilles pour 1000 d'eau ; cette infusion est amère sans être pourtant très désagréable surtout si on l'a préparée avec la plante fraîche, car alors l'essence masque le mauvais goût. L'infusion plus concentrée produit des nausées.

Les principaux effets physiologiques sont les suivants : 1° à petites doses, en infusion, la huamauripa active la circulation, accélère les mouvements du cœur, angmente toutes les sécrétions, spécialement la salivaire ; 2° à doses élevées et en décoction, elle produit des vomissements, des sueurs abondantes, diminue le nombre de pulsations, des mouvements respiratoires et abaisse la température.

Un fait indiscutable est son action sur toutes les maladies des voies respiratoires, spécialement et les pneumonies aiguës. En tout cas les médecins la considèrent comme un excellent sudorifique, constituant le véhicule le plus approprié quand ils ordonnent les préparations stibiées.

Son action émétique à haute dose paraît indiquer qu'il existe dans la plante, en plus de la résine et de l'essence, un autre principe dont l'étude peut être d'un grand intérêt.

F. Berini.

Trional et Hématoporphyrinurie, par Puttmann (*Congrès annuel des médecins Américains*, mai 1900). — A propos d'une communication de Stockton qui observa un cas de paralysie ascendante aiguë, au cours duquel s'est montré de l'hématoporphyrinurie quelque temps après l'absorption de quelques doses de trional, Puttmann n'hésite pas à mettre les accidents sur le compte de cet agent thérapeutique. Dans un premier cas observé par lui, le diagnostic hésitait entre paralysie de Landry et polynévrite ; le trional avait été administré quelques semaines avant. L'autopsie ne révéla aucune lésion du système nerveux central, mais des altérations des nerfs périphériques. Dans un second cas une névrite multiple des plus nettes se développa chez une malade chez laquelle on ne trouva aucune intoxication ; mais elle avait pris auparavant, pendant quelque temps, 20 à 25 grains de trional.

P. Sainton.

Le difluoroforme, par le Dr Valenzuela (*Revista de Fisiologia*, mai 1900). — L'action antiseptique interne, inutilement cherchée jusqu'à présent, paraît devoir être attribué aux composés organiques de fluor d'après Valenzuela : la difficulté dépendait de ce que le poison microbien était aussi un poison cellulaire et qu'en attaquant la vie des organismes pathogènes, on attaquait, en même temps, celle des organismes cellulaires ; les composés de fluor ont plus ou moins la propriété de détruire les organismes parasites. Sans s'opposer, dans une certaine mesure, à la fonction des diastases physiologiques, ils activent en même temps la vie cellulaire, et produisent ainsi l'antisepsie interne résultant de leurs fonctions microbicides exercées sur le sang, les viscères, etc.

Parmi les composés de fluor, se trouve une substance qui, dans le commerce, se présente sous deux formes : le fluoroforme ou dissolution aqueuse du dit corps et le difluoroforme qui n'est qu'une dissolution alcoolique.

Le fluoroforme est un gaz qui se liquéfie à 2° au-dessous de zéro et à la pression de 20 atmosphères, il est donc peu maniable et il faut lui ajouter un véhicule ; sa solubilité dans l'eau est très faible car celle-ci n'en dissout que 75 centièmes de son volume ; en échange, il est très soluble dans l'alcool (5 volumes). La solution aqueuse n'est pas utilisable en atmiatrie, car elle exerce une certaine action irritante sur les muqueuses.

La solution alcoolique contient une grande quantité de substance active : elle dégage une quantité suffisante de vapeurs pour être utilisable en atmiatrie, et sert, additionnée d'eau, pour l'usage interne et les injections hypodermiques.

Les maladies dans lesquelles on utilise les propriétés antiseptiques du difluoroforme sont : 1° les dyspepsies pour s'opposer aux fermentations anormales de la digestion sans que la fonction digestive des voies gastriques soit influencée ; 2° comme antiseptique intestinal dans les infections de l'intestin ; 3° comme antiseptique interne dans les infections du sang ; 4° en chirurgie pour l'antisepsie des cavités séreuses ou surfaces suppurantes ; 5° pour l'antisepsie des voies urinaires ; 6° pour l'antisepsie des organes respiratoires.

Le Dr Valenzuela a surtout fait des essais dans la tuberculose pulmonaire ; les voies d'administration ont été la voie digestive, l'atmiatrie et l'emploi hypodermique. Le champ d'expériences a été une des salles de tuberculeux de l'hôpital. Le difluoroforme a été administré dans 20 cas, dont 18 de tuberculose pulmonaire et 2 de broncho-pneumonie grippale. Les résultats ont été la guérison absolue des deux malades de broncho-pneumonie ; la cessation de tous les phénomènes morbides, avec rétablissement de la nutrition et atténuation considérable des signes physiques chez cinq tuberculeux : la rémission de la plupart des symptômes chez dix malades et un résultat nul chez trois.

Les doses employées sont : Pour l'ingestion stomacale, 5 gouttes de difluoroforme dans une cuillerée d'eau, une heure avant les repas, trois fois par jour.

Pour les inhalations, on introduira dans l'appareil atmiatrique 10 gouttes de difluoroforme avant chaque inhalation : on en fera deux ou trois par jour.

Par la voie hypodermique, on injectera 5 gouttes mélangées à 1 gramme d'eau et on fera les injections tous les jours.

Dans les infections du sang on prendra comme boisson et à discrétion, le mélange suivant : difluoroforme, 2 grammes ; eau, un litre ; pour l'usage chirurgical, on fera des dilutions à 5/1000 pour les lavages, etc. : les ulcères pourront être badigeonnés avec un pinceau imbibé de difluoroforme pur. Les dyspeptiques prendront 5 gouttes dans de l'eau, immédiatement avant chaque repas.

F. Berini.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

BELLADONE (Atropa belladona, Solanées)

Parties employées ; principes actifs :

Feuilles, racines, semences.

Les feuilles fraîches entrent dans la préparation du baume tranquille : les feuilles sèches dans la composition des espèces aromatiques du Codex ; elles servent à faire des cigarettes antiasthmatiques, à préparer une teinture.

Les feuilles contiennent 0,40 p. 100 d'atropine.

Les préparations de feuilles sont préférables à celles de racines ou de semences, car la teneur des feuilles en principes actifs est plus régulière.

La poudre de feuilles doit être fraîchement préparée, car elle s'altère facilement

Applications thérapeutiques.

La belladone est un sédatif puissant du système nerveux.

A ce titre, elle est utilisée dans l'asthme, la coqueluche, l'épilepsie, l'incontinence d'urine (d'origine spasmodique) ; dans les douleurs causées par les hémorrhoïdes, la fissure à l'anus ; dans les névralgies en général.

Modérateur des sécrétions, ce médicament est utilisé dans les bronchites aiguës et contre les sueurs nocturnes des phtisiques.

Dilatateur des pupilles, la belladone et son alcaloïde, l'atropine, sont utilisés couram-

ment dans la thérapeutique oculaire, notamment dans l'iritis.

L'intolérance est annoncée par la dilatation pupillaire, la sécheresse de la gorge, la congestion du visage, l'excitation cérébrale, l'amélioration des battements du cœur.

MODES D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE.

Adultes :

Usage externe :

Poudre de feuilles 0 gr. 05 à 0 gr. 20

En cachets, paquets, pilules.

Poudre de racines 0 gr. 05 à 0 gr. 20

Extrait de suc de feuilles..... 0 gr. 02 à 0 gr. 10

1 gramme renferme environ 0 gr. 22 d'alcaloïdes.

Extrait alcoolique de feuilles sèches 0 gr. 01 à 0 gr. 10

1 gramme renferme environ 0 gr. 03 d'alcaloïde.

Extrait alcoolique de racines .... 0 gr. 01 à 0 gr. 05

1 gramme renferme 0 gr. 027.

Teinture de feuilles.. V à XXX gouttes

53 gouttes pèsent 1 gramme.

1 gramme renferme de 0 gr. 02 à 0 gr. 007 d'alcaloïdes.

Alcoolature de feuilles.. V à XX gouttes

53 gouttes pèsent 1 gramme.

1 gramme renferme 0 gr. 005 d'alcaloïdes.

Sirop ..... 10 à 30 grammes

20 grammes = 1 gr. 50 de teinture.

Usage externe.

Teinture, extrait en liniments, pommades, suppositoires.

Enfants :

Teinture :

de 0 à 15 mois	1/2 à III gouttes
de 15 mois à 3 ans	III à V —
de 3 à 5 ans	V à X —
de 5 à 10 ans	X à XV —

(par doses fractionnées).

Sirop :

de 0 à 3 ans	abstention
de 3 à 5 ans	5 à 10 grammes
de 5 à 10 ans	10 à 20 grammes

Formules

Glycéré :

Extrait de belladone..... 1 gramme

Glycérolé d'amidon..... 10 —

Liniments :

Teinture de belladone } ãã 20 grammes
Teinture de coca.... }

(Névralgies).

Extrait de belladone.... 4 grammes

Laudanum de Sydenham. 15 —

Huile de jusquiame..... 75 —

Mixtures :

Teinture de belladone... 5 grammes

— jusquiame.. 10 —

— coca..... 10 —

XX gouttes dans de l'eau sucrée, 3 à 6 fois par jour. Douleurs gastriques.

Teinture de belladone }
Alcoolature de racines d'aconit..... } ãã 5 grammes

V à X gouttes, matin et soir (coqueluche).

Onguents :

Extrait de belladone.... 4 grammes

Onguent napolitain..... 30 —

Extrait de belladone.... 3 grammes

Onguent populeum..... 30 —

(Hémorroïdes).

Pilules :

Extrait de belladone ... }
Poudre de racines de belladone ..... } ãã 0 gr. 01

pour 1 pilule, 1 à 3 par jour.

(Asthme, épilepsie).

Extrait de belladone..... 0 gr. 02

Ergotine ..... 0 gr. 05

Poudre de cannelle ..... 2 s.

pour 1 pilule, 2 à 6 par jour.

(Myélite).

Extrait de belladone..... 0 gr. 01

Lupulin ..... } ãã 0 gr. 06
Camphre..... }

pour 1 pilule, 2 à 5 par jour.

(Spermatorrhée).

Pommade :

Extrait de belladone.... 4 grammes

Vaseline..... 30 —

Potions :

Sirop de belladone... } ãã 20 grammes
Sirop de codéïne.... }

Eau de laurier-cerise. 10 grammes

Eau de tilleul..... 100 —

à prendre dans les 24 heures.

(Toux).

Extrait de belladone.... 0 gr. 05

Sirop diacode..... 30 grammes

Eau de fleur d'oranger.. 10 —

Eau de tilleul..... 90 —

à prendre dans les 24 heures.

(Toux).

Teinture de belladone..... XXX gouttes

Eau chloroformée saturée..... }
Eau de menthe.... } ãã 60 grammes

(Gastralgie).

Sirop de belladone. }
Sirop diacode..... } ãã 10 grammes

Eau de laurier-cerise. 2 grammes
Julep gommeux..... 75 —
une cuillerée à café toutes les heures chez l'enfant.

Teinture de belladone... X gouttes
Bromure de potassium... 1 gramme
Eau de fleurs d'oranger.. 10 —
Sirop de tolu ..... 40 —
Eau de tilleul ..... 80 —
une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Poudres :

Bicarbonate de soude... } àà 0 gr. 50
Craie préparée ..... }
Magnésie calcinée..... 0 gr. 25
Poudre de racines de belladone..... 0 gr. 02
pour un paquet, un à chaque repas.

Flatulence.

Sirops :

Sirop d'éther,..... }
— d'opium..... }
— de belladone.. } àà 20 grammes
— de fleurs d'oranger..... }
10 à 20 grammes par jour, par cuillerée à café.

Coqueluche.

(Trousseau)

Sirop de belladone . } àà 40 grammes
— de morphine.. }

Sirop de baume de tolu..... } àà 60 grammes
Sirop de capillaire. }
2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Toux.

Sirop de belladone..... 30 grammes
Sirop de Désessarts..... 80 —
4 à 6 cuillerées par jour chez les enfants.

Coqueluche.

Teinture de belladone.. XV gouttes
— drosera.... XXX gouttes
Sirop de lactucarium... 30 grammes
— fleur d'oranger. 20 —
— tolu..... 100 —
3 à 4 cuillerées à soupe par jour chez les enfants.

Coqueluche.

Suppositoires :

Extrait d'opium..... ... 0 gr. 03
— de belladone.... 0 gr. 02
Beurre de cacao..... 4 grammes
pour un suppositoire, 1 à 3 par jour.

Extrait de belladone..... 0 gr. 04
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 02
Beurre de cacao..... 4 grammes
pour un suppositoire, 1 à 3 par jour.

Hémorroïdes.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Fixation, à Paris, du tarif des honoraires médicaux dans les accidents du travail. — Le juge de paix du XIe arrondissement vient de rendre un jugement, où il fixe les honoraires médicaux, à la suite d'un accident de travail. La loi exige le tarif de l'assistance médicale gratuite, le juge de paix, avec équité, constatant qu'à Paris ce genre de tarification n'existe pas, applique le tarif ordinaire des ouvriers. Nous nous contenterons de citer quelques considérants de ce jugement qui intéresse tous les médecins praticiens.

Attendu que la Société médicale du XIe arrondissement de Paris, en arrêtant le tarif minimum des honoraires dus aux médecins a, suivant la règle précitée, divisé les malades en deux catégories : la première comprenant les patrons, propriétaires, rentiers, industriels, négociants, commerçants, en un mot toute personne ayant des gens à gage; la deuxième comprenant les ouvriers, les petits employés, domestiques, et en général toute personne peu aisée ;

« Attendu que le tarif dont il s'agit pour la deuxième catégorie ci-dessus spécifiée fixe à trois francs le prix de la visite simple et à cinq francs la rémunération exigible pour celle que comporte des opérations de petite chirurgie tels que les applications de ventouse... »

Et comme le patron, responsable de l'ouvrier blessé, invoquait les tarifs de l'assistance appliqués dans d'autres départements :

« Mais attendu, qu'à notre sens, les départements visés par le défenseur du sieur X..., n'étant pas placés dans des conditions comparables à celles du département de la Seine et surtout de la Ville de Paris, il nous paraît éminemment préférable de « faire application, au cas particulier, du tarif minimum adopté par

la Société médicale du XIe arrondissement, en ce qui concerne les personnes peu aisées de cette circonscription ; »

« Attendu que le tarif en question, eu égard à la modicité évidente des prix qui y sont indiqués, répond, à n'en pas douter aux intentions du législateur de 1898 qui, tout en laissant au blessé la faculté de faire appeler le médecin en qui il aurait confiance », a néanmoins voulu prendre des mesures pour prévenir les abus auxquels cette liberté aurait pu donner naissance et qui étaient vraiment à craindre...

Par ces motifs, statuant par jugement contradictoire en premier ressort, *condamnons* le sieur X... à payer au docteur, etc.

La peste. — L'existence de la peste bubonique à Buenos-Ayres est officielle ; vingt-trois cas ont été constatés en deux mois, de caractère bénin.

A Port-Saïd, la peste a été aussi constatée. A Smyrne, ont été envoyés en mission chargée d'enquêter sur sa présence, les docteurs Nicolle et Collomi, de l'Institut de bactériologie de Constantinople.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Gynécologie pratique, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr C. Fournier, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Ecole de médecine d'Amiens. 1 vol. in-16 de 312 pages, avec 115 figures, cartonné : 5 fr. Paris, 1900. J.-B. Baillière et fils.

Les traités de gynécologie, récemment parus en France, sont très volumineux et s'adressent surtout aux gynécologues de profession ; mais il n'existe pas de manuel, au courant de la pratique moderne, à l'usage des étudiants et des médecins praticiens. C'est cette lacune que vient de combler M. Fournier, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'École de Médecine d'Amiens, auteur du Manuel complet des sages-femmes (4 vol.) accueilli si favorablement.

Les premiers chapitres du Précis de M. Fournier sont consacrés aux questions générales de gynécologie usuelle : examen, antisepsie et asepsie, médications et médicaments, puis des petites opérations gynécologiques.

Les chapitres suivants sont consacrés aux principales maladies de la femme : déplacements (antidéviations, rétrodéviations et prolapsus), inflammations superficielles (vulvite, vaginite, uréthrite, bartholinite), inflammations utérines (métrites), inflammations annexielles (salpingo-ovarites), tumeurs utérines (fibrômes, cancer), tumeurs annexielles (kystes), grossesses ectopiques (grossesse extra-utérine, hématocèle), difformités acquises (déchirures du périnée, fistules).

L'ouvrage se termine par l'étude des causes et du traitement de la stérilité.

Le livre est clairement écrit et illustré de figures démonstratives bien choisies.

Pathologie buccale et naso-faciale, moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions, par Goldenstein, médecin-chirurgien-dentiste, lauréat de l'Académie de Paris. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Ce mémoire contient :

1° Une série de faits démonstratifs avec 11 photographies prises sur nature avant et après les restaurations. Ces faits se rapportent à des accidents divers, mais sont surtout consécutifs à la syphilis ;

2° Les observations des cas de ces malades, avec description des appareils imaginés et construits par l'auteur.

Nile Imprimeale, E. Lasnier, directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

VOYAGES DE 1900, AUX STATIONS DU SUD-OUEST

Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Gironde

Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies de Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (Sanatorium) Dax, Arcachon. Du 2 au 15 septembre 1900.

Comité de patronage. — Président: M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine. — Vice-président: M. Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec. — Membres du Comité: MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, sénateur de l'Allier; Durand-Fardel (Ray.), secrétaire général de la Société d'Hydrologie; Fournier, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Gilbert, agrégé de thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais; Huchard de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Necker, Lannelongue, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; Monod conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie de Médecine; Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Secrétaire général et Organisateur de Voyages: Dr Carron de la Carrière, ancien interne des Hôpitaux, ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté de Médecine de Paris.

But des voyages d'études médicales. — Ces Voyages d'Études Médicales sont organisés dans le but de faciliter, aux médecins ainsi qu'aux étudiants français et étrangers, la visite et la connaissance pratique des stations thermales et climatériques de France.

Les connaissances indispensables pour juger de l'indication des Eaux minérales et pour les prescrire, se réduisent à quelques données peu nombreuses, mais bien précises, données qui sont faites autant de leur composition, de leur thermalité, de leur mode d'administration que des applications que la tradition clinique nous a appris à en faire, dans les maladies générales, dans les états diasthésiques, dans les affections viscérales et les localisations muqueuses, cutanées ou articulaires. Rien ne vaut, pour saisir et retenir les applications particulières de chacune des stations, comme de voir sur place et sa clientèle, et son agencement et l'outillage dont elle dispose. Rien ne vaut pour le médecin qui ordonne une eau minérale, comme d'avoir vu, de ses yeux vu, son anatomie et sa physiologie, si on peut ainsi parler: en cela, comme en toute autre matière, rien ne vaut la leçon de choses.

Voyage de 1900. — Le voyage de cette année, comme celui de l'an dernier, aux stations du Centre et de l'Auvergne, est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de

thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications (1).

Sont seuls admis à ce voyage, les médecins français et étrangers, les étudiants en médecine. Les femmes de médecins peuvent accompagner leur mari, mais, le chiffre des adhérents à ce voyage étant limité, elles ne seront admises que dans la limite des places laissées disponibles par les inscriptions des médecins seuls.

Pour s'inscrire, envoyer :

1° Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris; nom et adresse lisiblement écrits :

2° Sa souscription — 300 francs — et l'indication de la gare d'où l'on partira, à M. l'administrateur délégué des Voyages Économiques, 17, faubourg Montmartre, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1900, terme de rigueur.

Bains d'eau arsenicale de levico Vetriolo (Tyrol)

Les grands établissements de bains de la ville de Lévico ont été reconstruits et embellis et l'inauguration aura lieu du 15 au 17 juin. La Direction générale a organisé des trains spéciaux partant de Berlin, Vienne et Trente pour se rendre à ces fêtes. Des hauts fonctionnaires, les Professeurs des Universités et les sommités de la Science médicale ont été invités. Nombre de personnalités en vue ont accepté cette invitation et vont se rendre à cette solennité.

(1) Compte-rendu du voyage de 1899 aux stations de Centre et de l'Auvergne : Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, par le Dr Carron de la Carrière, — in-8°, 171 p. Carré et Naud, éditeurs, 4 fr.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Récentes Publications

LES MOUVEMENTS METHODIQUES ET LA " MÉCANOTHÉRAPIE "
Par le Dr **F. LAGRANGE**, lauréat de l'Académie des Sciences et l'Académie et de Médecine
1 volume in-8°. avec 55 gravures dans le texte..... **10 fr.**

GENÈSE & NATURE DE L'HYSTÉRIE
Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris
2 volumes grand in-8°..... **20 fr.**

L'AUDITION ET SES ORGANES
par le Dr **E. GELLÉ**, 1 volume in-8°. avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **6 fr.**

NÉVROSES ET IDÉES FIXES
PAR
le Dr **F. RAYMOND**
Professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière
le Dr **Pierre JANET**
Directeur du Laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
Chargé du Cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne

I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le docteur **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 68 fig, dans le texte..... **12 fr.**

II. *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par les docteurs **F. RAYMOND** et **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 97 fig. dans le texte..... **14 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie
par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**
Volume grand in-8°, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **25 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

par L. Landouzy

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Laënnec,

Membre de l'Académie de Médecine

A. Indications thérapeutiques générales tirées de la nature et de l'évolution de la pneumonie

Ce que nous savons de la nature de la pneumonie et de son évolution cyclique ; ce que nous savons des modes de réactions locale et générale provoquées chez l'homme par la toxi-infection diplococcique primitivement localisée au poumon ; ce que, au cours de l'histoire complète de la pneumococcie, nous avons relaté des tentatives d'immunisation prophylactique et d'atténuation thérapeutique, explique, par avance, comment et pourquoi on ne trouvera pas exposé ici *le* traitement de la pneumonie. On ne trouvera pas ici *le* traitement de la diplococcie pulmonaire plus qu'on ne trouvera ailleurs *le* traitement de la bacillose pulmonaire, *le* traitement de la rougeole ou de la scarlatine.

Nous ne serons en mesure de formuler un traitement vraiment adéquat à la pneumonie, comme on le formule en matière de paludisme, de syphilis, d'actinomycose ou de diphtérie, que le jour où, soit l'empirisme, soit la sérothérapie, soit la toxinothérapie, fera, en matière de pneumococcie : ce que la thérapeutique ancienne fait contre les accidents paludéens et syphilitiques ; ce que la thérapeutique moderne fait contre les localisations muqueuses actinomycosiques ; ce que la thérapeutique nouvelle réussit contre la diphtérie, infection, jusqu'à un certain point, comparable à la pneumonie, puisque celle-là, comme celle-ci, reste d'ordinaire assez localisée en ses déterminations (nasale, angineuse, laryngée, etc.) pour que la sérothérapie ait le temps de remplir son office anti-infectieux et anti-toxique.

Le jour où, par exemple, des injections de sérum, des injections de toxines extraites, soit du sang, soit de l'urine, soit d'autres milieux liquides ou solides de pneumoniques ; le jour où encore quelques anti-toxines (d'où qu'elles viennent, fournies par le laboratoire ou par l'empirisme) agissant sur la vitalité du pneumocoque, et, par suite, sur la

pneumopathie, influenceront spécifiquement ou spécialement le pneumonique en modifiant, par exemple, l'engouement pulmonaire, ou en faisant tomber la fièvre (comme agit, *mutatis mutandis*, la sérothérapie chez le diphtéritique), ce jour-là le médecin disposera vraiment de *moyens antipneumococciques*. Ce jour-là il pourra être parlé *du* traitement de la fluxion de poitrine, puisque la médication nouvelle aura le pouvoir de modifier ou de suspendre le cours de la maladie cyclique qu'est la pneumonie.

Nous avons dit ailleurs (*Tr. de médecine Pneumococcie*, t. I, p. 617), les tentatives expérimentales faites de divers côtés à fins de vaccination et d'atténuation prophylactique et thérapeutique des affections pneumococciques. Pour minces que soient les premiers résultats, ils n'en sont pas moins suggestifs. La *sérothérapie* antipneumonique appliquée à l'homme fait espérer quelque chose, puisque G. et F. Klemperer sont parvenus à produire, chez quatre sur six de leurs pneumoniques, un abaissement immédiat et permanent de la température ; puisque Foà et Scabia, chez quatre pneumoniques sur dix, et Janson, chez cinq pneumoniques sur dix, ont pu hâter la crise qui se produisit du quatrième au sixième jour, et cela, chez les malades ayant reçu de 5 à 7 centimètres cubes de sérum sanguin emprunté à des lapins rendus réfractaires. M. Weissbecken, lui aussi, injectant 10 centimètres cubes de sérum sanguin de convalescents de pneumonie à 21 malades, dont 12 enfants — tous les malades injectés guérirent pendant que, parmi les malades de la même épidémie non injectés, plusieurs succombèrent — aurait obtenu des effets favorables, portant aussi bien sur l'état général que sur la fièvre et sur le processus local.

Comme nous l'avons écrit ailleurs, il ne s'agit encore là que d'un chapitre de thérapeutique plus grand ouvert aux espérances qu'aux réalités.

Nous en dirons autant des tentatives de traitement local de la pneumonie fibrineuse, à son stade d'hépatisation rouge, par les *injections intraparenchymateuses* telles que les a conçues et réalisées Lépine (*Académie des Sciences*, 10 août 1885). On sait, qu'injectant chez les pneumoniques, au troisième ou quatrième jour, au moyen d'une aiguille capillaire, quelques centimètres cubes de solution aqueuse de bichlorure de mercure de 1 p. 40 000, Lépine a pu constater : le lendemain, un grand amendement de l'état général et notamment une défervescence précoce : ultérieurement, une résolution se faisant meilleure que dans les points non injectés, et meilleure que si médication locale n'était point intervenue.

A ces premiers essais de sérothérapie, à ces tentatives de traitement local de la pneumonie, se bornent ce qu'on pourrait appeler les nouvelles médications antipneumoniques : il faut y ajouter la méthode dite des *abcès de fixation* de Fochier. On sait que le professeur de Lyon procède, dans les pneumonies graves, comme en matière de septicémie puerpérale, alors qu'il cherche à prévenir ou à combattre les accidents mortels de la fièvre puerpérale par la formation d'abcès périphériques provoqués par injections sous-cutanées d'essence de térébentine. Cette pratique, qui nous apparaît comme ne pouvant guère se réclamer que de la médication substituve (puisque le pus des abcès provoqués chez les pneumoniques a été trouvé aseptique), donne des résultats contradictoires : il y a lieu, par toute une série d'observations nouvelles, d'en rechercher la valeur.

Au demeurant, nulle, parmi les médications nouvellement proposées et essayées chez les pneumoniques, ne nous met en possession du traitement de la pneumonie.

C'est pourquoi, aujourd'hui comme hier, nous avons à compter seulement avec les moyens les meilleurs que la Clinique demande à la Diététique autant qu'à la matière

médicale, de mettre à la disposition des pneumoniques pour les aider à se défendre contre les entreprises locales ou générales de la pneumococcie.

Longtemps encore, peut-être, la tâche du thérapeute se bornera à s'ingénier, par les moyens que nous allons dire, à défendre ses malades contre l'intoxication de l'infection pneumococcique, et cela *façon à leur permettre de survivre à leur maladie*. La défensive s'organisera au mieux des indications dont le malade fera, dans chaque cas particulier, les frais bien plus que la maladie, qui, elle, en tant qu'affection microbienne, se réclame des indications de thérapeutique générale communes à toutes les maladies toxi-infectieuses.

Tant que ni la sérothérapie, ni une toxinothérapie n'influencera pas l'évolution de la pneumonie, les indications thérapeutiques, tirées au jour le jour, seront exclusivement fournies par l'analyse des forces du patient, par le fonctionnement de la petite et de la grande circulation, par la diurèse, par l'ensemble des réactions nerveuses, par l'état organique et fonctionnel du poumon sain ; jusque-là, les indications seront remplies par tout un ensemble de moyens que la Clinique nous a montré avoir complètement fait leurs preuves en servant au mieux la cause des pneumoniques.

Le rôle du médecin, en ses orientations générales thérapeutiques, doit être ici, plus encore que partout ailleurs — puisque l'évolution naturelle de la diplococcie pulmonaire est plutôt de tendre à la guérison — de seconder les efforts de la *natura medicatrix*.

Les efforts de la nature variant en intensité, en qualité, en continuité, comme en efficacité, chez chacun des pneumoniques, on conçoit combien variée peut se faire l'assistance due aux pneumoniques ; on conçoit surtout comment cette assistance doit être faite de toutes autres choses que de l'emploi des médicaments systématiques successivement usitées dans la pneumonie, y compris l'expectation radicale dans laquelle Louis, Biett et Magendie à Paris, Skoda et Dietl à Vienne, prétendaient que se maintînt le médecin au lit des pneumoniques.

De cette *expectation systématique* — la dernière en date des méthodes thérapeutiques appliquées à la pneumonie — nous avons à nous souvenir seulement pour les services qu'elle a rendus, aussi grands aux nosographes qu'aux praticiens. L'expectation radicale a permis : d'apercevoir la tendance de la pneumonie à la guérison spontanée, au travers de sa marche cyclique et de sa terminaison en défervescence ; de rapporter la guérison des malades plus à la valeur de leur défense personnelle qu'aux médications ; de concevoir enfin (certains malades s'offrant sans lutte et sans défense à la pneumonie) comment la contemplation oisive du médecin aidait à la faillite de pareils pneumoniques, puisqu'une médication quelconque n'essayait même pas d'écarter de la route des malades tout ce qui pouvait entraver la direction favorable qu'un peu de secours aurait pu imprimer à la pneumonie.

Si pareilles considérations de pathologie générale ne sont pas faites pour mettre le médecin en suggestions de traitement *curatif*, elles sont au moins faites pour lui dicter d'abord des règles de traitement *préventif*.

Puisqu'aujourd'hui ne sont plus discutés les faits surabondants de contagion de pneumonies (époux contaminés, gardes-malades, médecins succombant à des pneumonies contractées auprès des leurs clients), il est indiqué de veiller sur les crachats, qui, à l'état frais ou bien desséchés, servant de véhicule au pneumocoque, pourraient permettre à celui-ci d'être inhalé par les personnes saines.

Les crachats devront être reçus dans un crachoir contenant une solution antiseptique : le contenu des crachoirs, aussi bien que les linges ayant pu servir à essuyer les lèvres des pneumoniques que la prostration ou l'âge empêchent de cracher facilement, seront jetés au feu. La propreté aseptique sera de mise pour tous objets ayant servi aux pneumoniques : pareille propreté sera exigée pour les mains des gardes-malades. La désinfection s'appliquera à la literie et au linge corporel des pneumoniques suivant les règles communes à toutes les maladies contagieuses.

A cela ne saurait se borner un traitement préventif s'il ne visait la prophylaxie individuelle, puisque nous savons constante la présence du pneumocoque dans notre cavité bucco-pharyngée, que nous soyons demeurés ou non indemnes de pneumonie. Cette notion devrait nous donner à tous, particulièrement à ceux d'entre nous qui ont frayé avec la pneumonie, l'habitude quotidienne de gargarismes antiseptiques, à l'acide thymique par exemple.

B. — Indications thérapeutiques et médications applicables aux pneumoniques

Le traitement des pneumoniques doit être tout entier une œuvre d'inspiration symptomatique : il consiste à saisir, comprendre et remplir les indications, qui, au jour le jour, seront demandées à l'état général du malade, à ses forces réactionnelles aussi bien qu'au fonctionnement de ses organes. Les préoccupations de la clinique thérapeutique iront tout entières *aux pneumoniques*, par-dessus la pneumonie, en vue d'aider, par le jeu des diverses médications, aux efforts de la *natura liberatrix*.

Dans l'assistance qu'il donnera aux pneumoniques, *le médecin se montrera opportuniste*, n'ayant d'autres soucis que d'obéir, sans idées préconçues, à chacune des indications cliniques : de cette façon, *il échappera aux dangereuses suggestions des médications systématiques*.

L'*expectation intransigeante*, au même titre que toutes les autres méthodes systématiques, est ici mauvaise conseillère ; l'*opportunisme thérapeutique lui est préférable*, puisque l'opportunisme, en médecine, consiste à savoir se mettre, à toute heure, au service du malade pour l'aider dans les réactions défensives, qui, suffisantes ou insuffisantes, le feront survivre à sa pneumonie.

L'*opportunisme thérapeutique* consistera, chez les pneumoniques, soit à venir en aide aux efforts spontanés, soit à susciter tous efforts tendant : à éteindre la douleur, diminuer la dyspnée, empêcher l'engouement du cœur, faciliter la *vis a tergo*, activer la diurèse, relever les forces, empêcher la sidération du système nerveux, etc. Pareille œuvre thérapeutique est d'ordinaire plus que suffisante dans la forme régulière des pneumonies s'attaquant à des organismes non entachés de tares viscérales, non entamés par l'âge, par des intoxications (alcoolisme), par des affections antécédentes (brightisme, diabète), non fatigués par des maladies récentes ou actuelles (grippe, etc.) de se défendre contre les associations microbiennes que nous savons exalter la vitalité et la virulence du pneumocoque, autant qu'entamer la résistance du malade. Pareille œuvre thérapeutique est suffisante puisque, toujours chez l'enfant (quand il n'a pas gardé d'une maladie antérieure quelque tare cardiaque, hépatique ou rénale), d'ordinaire chez l'adulte, elle permet au pneumonique réconforté, à la première défaillance organique et fonctionnnelle, de gagner, sauf et sain, l'heure où sonne la défervescence, l'heure où le pneumocoque, perdant vitalité et virulence, cesse son œuvre infectieuse et toxique.

C'est ce rôle de secouristes que réussissent au mieux certaines médications qui s'adressent exclusivement au malade, alors que trop de médecins croient encore les adresser à la maladie. C'est ce rôle de secouriste que le médecin doit tenir au jour le jour, s'il ne veut pas que son malade, après avoir supporté le premier assaut de l'infection, n'ait plus ni les forces ni les moyens suffisants pour lutter jusqu'au bout ; s'il ne veut pas (comme malheureusement cela arrive du fait de fausses manœuvres thérapeutiques) que le malade meure guéri de sa pneumonie. Si la chose s'est vue, c'est que trop de médecins encore ne sont pas ralliés à cette idée que, sauf certaines formes exceptionnelles de pneumonies hypervirulentes, malignes, infectantes d'emblée, un malade ne meurt guère de pneumonie, mais meurt *à propos* de sa pneumonie. D'ordinaire, si la pathie diplococcique met en péril son homme, c'est qu'elle a trouvé en quelque point l'intégrité organique et fonctionnelle en défaut ; ou encore, c'est que le malade a été desservi, soit par une thérapeutique spoliatrice, soit par un régime intempestif lui enlevant les moyens que, livré à lui-même, peut-être, il aurait eu de purger sa condamnation à huit jours de toxi-infection. C'est qu'alors le médecin, se fiant à la déplorable thérapeutique d'équation — contre laquelle nous ne cessons de protester — aura, à la volée, appliqué à la maladie de son client telle ou telle médication réputée antipneumonique, sans se soucier de savoir si la somme des inconvénients de ladite médication ne sera pas, dans l'espèce, supérieure à la somme des avantages. Combien de pneumoniques n'avons-nous pas vus mis a mal par l'*émétique* et le *kermès* dont les bons effets, discutables, menacent d'être payés chèrement : de prostration des forces ; de cessation des réactions nerveuses et indispensables à la lutte du malade contre la maladie ; de sécrétions alvines et sudorales qui représentent autant de liquides malencontreusement soustraits à l'irrigation rénale ?

Combien n'avons-nous pas vu de ces pneumoniques, chez lesquels le médecin appliquait d'emblée, en vue d'une majoration symptomatique quelconque, telle ou telle médication à laquelle il se butait sous prétexte qu'elle était recommandée dans les Traités et figurait en bonne place dans l'arsenal trop fourni des armes à opposer à la pneumonie ? C'est que, nous ne cesserons de le répéter, pareils médecins, tout en assistant des pneumoniques, n'ont cure que d'opposer telle ou telle médication à la pneumonie ! C'est qu'ils ne sont pas convaincus, qu'au demeurant, ils pourraient, dans leurs entreprises thérapeutiques, perdre de vue la pneumonie sans que le pneumonique s'en trouvât plus mal, au contraire ; c'est que, pour s'attaquer obstinément à la pneumonie, pareils médecins ne se sont souciés ni de l'état des forces du malade, ni du jeu de son cœur, ni du taux de sa tension vasculaire, encore moins peut-être de son régime urinaire : et voilà comme, au huitième jour, alors que le malade en avait fini avec son infection localisée, ses forces se sont trouvées épuisées, son cœur engoué, ses vaisseaux sans tension, son rein non irrigué, son système nerveux intoxiqué, ses cellules déshydratées.

C'est assez faire comprendre que le rôle du médecin est plutôt, comme nous le disions plus haut, *un rôle d'assistant, de secouriste, qu'un rôle de thérapeute partant délibérément en guerre contre la pneumonie pour la juguler*. Autant sont clairsemés aujourd'hui les rangs des médecins qui croient avoir jugulé des pneumonies, autant commencent à se serrer les rangs des médecins qui tiennent leur rôle suffisamment ardu et efficace quand leur thérapeutique se hausse à faire que leurs pneumoniques survivent à leur pneumonie. Ces médecins-là, s'ils ne se vantent pas d'avoir jamais guéri une pneumonie — c'est-à-dire de l'avoir jamais hâtée dans sa marche ou modifiée dans son évolution — peuvent, au moins, se vanter d'avoir bel et bien empêché leurs malades de mourir.

C'est assez faire comprendre, qu'en matière de pneumonie — puisque la maladie tend

naturellement à guérison — autant et plus encore qu'en matière de tant d'autres infections, le médecin doit se bien persuader que ce sont des malades et non des maladies qu'il faut *traiter*. On remarquera que nous disons traiter, et non médicamenter, le premier terme étant autrement compréhensif que le second, l'hygiène, l'asepsie, le diététique ordonnancées au pneumonique lui fournissant souvent, dans la lutte contre la maladie, autant et plus d'appoints que les médicaments.

Cela dit, en manière de thérapeutique générale dont est justiciable tout pneumonique, définissons par une série d'exemples concrets, la manière dont nous comprenons le rôle du médecin chargé de soigner les pneumoniques.

Dans la série d'exemples choisis, procédons du simple au difficile, voyons ce qu'il vaut mieux faire et le plus éviter, quand il s'agit d'une pneumonie s'attaquant à un enfant, à un adulte, à un veillard, à un alcoolique, à un brightique, etc. : et puis, ce qu'il faut faire pour secourir les malades atteints de pneumonies irrégulières, graves, de pneumonies d'emblée infectantes.

Chez l'enfant, la pneumonie lobaire est si bénigne, d'ordinaire, que la meilleure pratique est le *noli me tangere*. Dans l'espèce, toute médication active risque d'être une faute. C'est à peine si les pneumonies que Roger appelait « cérébrales », pour marquer combien certaine symptomatologie délirante ou convulsive pouvait donner le change, réclament une intervention médicamenteuse dont le bromure de potassium et le chloral. donnés *parvà manu*, feraient les frais. Encore, des *compresses froides*, *appliquées quatre à six fois par jour*, *sur le thorax*, suffisent-elles contre cette symptomatologie cérébrale autant que contre l'insomnie, la dyspnée, la rapidité du pouls et la douleur du côté. En cas de persistance et d'acuité de celle-ci, une ventouse scarifiée fait merveille. Le lait, l'eau aromatisée avec un peu de vieux cognac, un julep contenant de X à XV gouttes de teinture de digitale, un loch, un lait de poule, au lait ou à l'eau, seront chargés de fournir à l'économie de quoi stimuler le système nerveux, de façon que, circulations centrale et viscérale étant qualitativement et quantitativement assurées, la dépuration soit complète : un lavement tiède, matin et soir ; au besoin une cuillerée à café d'huile de ricin, assurant la liberté du ventre, travailleraient à mettre l'enfant en quasi-asepsie intestinale.

Si la pneumonie de l'enfant tourne à bien, c'est que, nous l'avons dit au chapitre *Pronostic*, l'organisme de l'enfant, vierge encore de tares viscérales, n'est en peine ni de défenses, ni de dépurations. C'est pourquoi, toute pneumonie s'attaquant à tous autres organismes, en dépit de leurs âges, jouissent des mêmes intégrités organiques et fonctionnelles que l'enfant, sera justiciable du même opportunisme thérapeutique.

Air renouvelé, calme, repos, doivent être assurés au pneumonique, qu'il ne faut point trop couvrir dans son lit si on veut lui éviter des suées, qui, non contentes de lui être fatigantes et désagréables, tendent à diminuer d'autant la diurèse. En vue de celle-ci, *inciter le malade à boire*, à la température de la chambre, frais et même froid s'il le désire. Lait, eau pure, bouillon, thé léger, bière coupée d'eau, limonade vineuse, boissons acidulées, vins coupés d'eau, grogs, champagne étendu d'eau d'Evian, café pur, coupé de lait ou d'eau, seront ordonnés autant en vue de calmer la soif que de faire la diurèse abondante.

Contre le point de côté : d'abord, *ventouses scarifiées* plutôt que sangsues, les premières agissant plus vite et permettant mieux de doser la médication. Ne militer

contre la douleur par l'injection de morphine qu'au cas où le point de côté n'aurait pas cédé.

Contre la dyspnée : ventouses sèches abondantes ; enveloppement du côté malade avec une serviette ou des compresses imbibées d'eau à 15° et recouvertes de taffetas gommé. Si la dyspnée persiste, surtout si le pneumonique n'est point débile, et que se marquent chez lui les signes d'engouement cardio-pulmonaire ; si le pouls est plein, la face vultueuse, les veines du cou distendues, *une saignée de la veine est indiquée.* Nous nous souvenons encore de l'immense soulagement et du bien-être que nous procura, il y vingt ans, une saignée de 100 grammes, au troisième jour d'une pneumonie du lobe inférieur droit : à peine la saignée faite, nous fûmes quitte de la douleur pongitive qui n'avait pas cédé aux ventouses scarifiées ; l'agitation, l'oppression, l'insomnie disparurent presque soudainement.

Nous dirons, à ce propos, qu'on ne sait plus, le cas échéant, assez user de la saignée chez les pneumoniques. Sous prétexe que certaines écoles ont par leurs excès (Bouillaud) compromis l'ouverture de la veine, les générations médicales nouvelles se privent de cette médication, qui, bien indiquée et bien ordonnancée, peut rendre de signalés services, non certes qu'il faille faire rentrer systématiquement la saignée dans le programme général du traitement de la pneumonie même bénigne, programme que Grisolle enfermait dans cette formule : « Faire une saignée générale lorsque le pouls est fort ; préférer la saignée locale lorsque la douleur du côté est vive, et donner quelques laxatifs. » Nous croyons que, de toutes les médications systématiques opposées par l'empirisme aux états pneumoniques, la saignée est encore une des meilleures manières de secourir les pneumoniques, à condition pourtant que la saignée ne soit point employée indifféremment chez tous les pneumoniques, à condition qu'elle soit opportunément et quantitativement faite. Désengouement du cœur, décongestion du poumon, *déplétion* de la circulation générale, dépuration brusque, voilà ce qu'on peut demander à une prise de sang, sans compter qu'aucun des autres procédés par lesquels on tenterait à remplir mêmes indications n'est aussi sûr et prompt dans ses effets, que facile dans son dosage. Est-ce qu'en ouvrant la veine, le médecin ne sait pas mieux ce qu'il prend de sang que par des ventouses scarifiées ou par des sangsues ? Sans compter que, de tous les remède actifs, la saignée est encore le plus fidèle, en ce sens que c'est elle qui demande le moins au malade d'être participant à la médication. Pour comprendre la portée de cette observation de thérapeutique générale appliquée à l'histoire des pneumoniques, il suffit de comparer les résultats immédiats et dosables d'une saignée, aux effets qu'on demande au tartre stibié, aux mercuriaux, au kermès et à la digitale d'exercer sur la décongestion du poumon, sur la dyspnée, sur la tension du pouls, sur la pléthore générale. Est-on jamais aussi sûr que le pneumonique à qui on administre digitale ou tartre stibié sera, et comment, participant à la médication ? C'est pourquoi nous ne comprenons pas que les médecins, qui, chez les individus pléthoriques, cherchent à s'attaquer aux phénomènes fluxionnaires dominants, s'adressent encore au *tartre stibié*, dont l'action dépressive sur le cœur nous a toujours fait peur. Notre mise en garde contre cette médication, que semblent avoir ruinée les excès de Rasori, ne sera pas considérée seulement comme un sentiment personnel, si l'on veut bien remarquer que les rares partisans du tartre stibié chez les pneumoniques mettent plus de soin à nous apprendre à en corriger les effets et à en redouter les inconvénients, qu'à nous en donner les indications décisives et à nous en dire les réels avantages.

Pensant aussi peu de bien du *kermès* que du *tartre stibié*, nous allons jusqu'à pros-

crire celui-là autant que celui-ci. Si tant est qu'il fût vraiment besoin de faire appel au kermès comme expectorant, nous dirions volontiers que c'est s'adresser à un bien gros moyen — le kermès, qui est autant contre-stimulant qu'expectorant, n'agit que s'il est déprimant — pour courir, par des risques presque certains, à des résultats assez minces, puisque, d'ordinaire, l'expectoration dans la pneumonie n'est point, par elle-même, une indication thérapeutique. D'autant que, pensant des effets du kermès moins de bien encore que des effets du tartre stibié, nous rappellerions volontiers ici ce que disait Grisolle du kermès : « C'est un remède tellement infidèle, si variable dans ses effets, qu'il est tout à fait impossible de se fier à lui ».

Dans cette proscription du tartre stibié et du kermès nous englobons *le vésicatoire*, et cela surtout parce que ses meilleurs partisans, Grisolle entre autres, disent que « pour en tirer tout le parti possible, on doit les mettre très larges ». Multiples et certains sont les inconvénients du vésicatoire, fréquents sont ses dangers, problématiques sont ses avantages. Nous ne referons pas ici le procès en règle du vésicatoire (Rasori, Laënnec, Louis contestaient formellement son utilité) ; nous avons fait ce procès ailleurs, d'autres l'ont fait avant et avec nous, et ce ne sera pas trop des efforts de tous pour abstraire de la thérapeutique *réflexe* de la pneumonie un remède qui, s'il n'a jamais paru modifier l'état pulmonaire, a cruellement tourmenté les pneumoniques, trop heureux encore ceux-ci, quand la diurèse, impeccable jusqu'au moment de l'application de l'exutoire, ne se tarissait pas quelques heures après ! Nous ne croyons pas plus à l'efficacité des vésicatoire appliqués au déclin de la pneumonie, qu'à ceux mis à son premier stade, et encore moins la clinique des enfants que la clinique des adultes n'est prête à nous rallier à la manière de voir de Grisolle, qui, parlant de la façon dont il *renouvelle* les vésicatoires, écrit : « Ainsi maniés, les vésicatoires constituent un puissant moyen de résolution dans la pneumonie, et quel que soit d'ailleurs l'âge des malades. »

Que si tous les méfaits et accidents qu'on a justement reprochés au vésicatoire ne suffisaient pas à tenir les médecins en méfiance, nous leur rappellerions, que jamais, le bilan des guérisons des pneumonies n'a été aussi élevé sous le règne du vésicatoire qu'il ne l'est aujourd'hui, depuis que l'expectation armée, ou, si l'on aime mieux, l'opportunisme gouverne la thérapeutique.

Au demeurant, nous ne comprenons pas pourquoi les partisans de la *méthode révulsive* s'entêtent à ne vouloir manier que le vésicatoire ? Pourquoi, si on ne trouve pas suffisante l'action décongestive que procurent, par action reflexe, soit l'hémi-enveloppement froid du thorax, soit les ventouses, pourquoi ne pas faire appel à la teinture d'iode, à l'ouate iodée, ou mieux encore à la compresse chloroformée, aux pointes de feu ou au marteau de Mayor, plutôt qu'au vésicatoire cantharidien, même atténué par le papier huilé camphré ?

Chez le pneumonique, surveillé au jour le jour, ainsi traité, chez lequel on a pris soin : par des lavages fréquents et des soins minutieux, d'entretenir en parfaite propreté les premières voies respiratoires et digestives ; de diminuer la dyspnée ; de s'opposer à l'engoument cardiaque ; d'entretenir la diurèse ; de tenir le ventre libre (ce qu'on oublie trop facilement en matière d'affections thoraciques, d'autant que la meilleure manière de donner aux pneumoniques le plein jeu de leur respiration diaphragmatique est de ne pas laisser les intestins se distendre par les gaz), on peut dire vraiment les indications remplies, et nous avons vu à combien peu de frais.

Chez pareils malades, dont les réactions franches et vives mènent parfois grand

tapage symptomatique, *faut-il se soucier fort de la fièvre*, faut-il la combattre et s'émouvoir parce que le thermomètre reste au chiffre ou dans les parages de 40° ?

A n'envisager que les résultats définitifs, l'état dans lequel se trouve semblable pneumonique quand vient la défervescence, nous nous demandons si, souvent, donner des *antithermiques* n'est point une duperie, d'autant que nous prenons, chez les pneumoniques comme chez les typhiques, bien moins d'émoi de la hauteur de la température que de la rapidité du pouls; d'autant plus que nous ne sommes pas certain, en matière de maladie toxi-infectieuse, que thermalité veuille toujours dire malignité et gravité ; d'autant que nous ne sommes pas certain non plus, que le mieux, dans la meilleure des thérapeutiques anti-infectieuses soit, toujours, partout et quand même, de vouloir abattre la température; d'autant qu'il n'est nullement démontré que l'antipyrèse soit un secours impérieusement réclamé par la *natura médicatrix* ; d'autant qu'il n'est nullement démontré qu'il ne puisse y avoir, dans les hyperoxydations des états fébriles, tels procédés tendant à faire plus ou moins élevées la vitalité et la virulence des éléments pathogènes comme la toxicité des humeurs ? La thermalité n'étant qu'un des facteurs par lesquels se dénoncent les pyrexies, ne sommes-nous pas parfois dupes de la température, et croit-on vraiment qu'il faille juger l'importance d'une médication par le degré d'abaissement que marque le thermomètre ? Le problème que nous soulevons ici, à propos des pneumoniques thermisants, nous pourrions le soulever aussi bien chez d'autres patients, notamment chez les malades qui ont maille à partir avec le streptocoque ou avec le bacille d'Eberth. Il s'agit là de l'un des problèmes les plus ardus de la thérapeutique générale, qui n'a pas assez fait le départ qu'il faudrait savoir marquer entre l'antypyrèse et l'antithermie ?

Quoi qu'il advienne de la solution de l'important problème que nous ne faisons qu'indiquer, nous estimens que, d'ordinaire, chez la généralité des pneumoniques, ce n'est guère du côté de la température qu'il faut chercher les principales indications thérapeutiques.

Il en va des pneumonies comme de certaines streptococcies, comme de certaines dothiénentéries, qui se montrent d'autant plus franches qu'elles apparaissent plus « inflammatoires », plus thermisantes, faisant souvent d'autant moins de mauvaise besogne finale qu'elle font plus de tapage symptomatique fébrile.

Nous croirions volontiers l'*hyperthermie* ne constituer vraiment un danger qu'en tant qu'elle se montrerait sur un support incapable de réaction: c'est donc moins, en thérapeute, le degré thermométrique qui nous émeut, que la manière dont le pneumonique se comporte quand il oscille avec persistance autour de 40°. Nous irions jusqu'à dire que ce qu'on est convenu d'appeler l'hyperthermie est affaire relative et contingente. Il ne nous suffit pas qu'un pneumonique reste au dessous de 40° pour que nous prenions peur de ce chef, et que, de ce côté, nous orientions précisément notre thérapeutique : si le pouls ne dépasse pas 100, si l'agitation est modérée, s'il n'apparaît ni asthénie cardiaque, ni hypotension vasculaire, ni dépression des forces, ni sidération du système nerveux, nous n'en prenons pas souci et nous ne recourons pas aux moyens antithermiques si ce n'est simplement aux lotions fraîches des quatre membres et du visage fréquemment renouvelées.

En tous cas, loin d'ordonner l'*antipyrine*, nous la proscrivons formellement, trouvant qu'elle fait payer trop chèrement les services (si tant est même que ce soient des services) qu'elle rend en infléchissant la colonne thermométrique. Nous nous sommes ailleurs suffisamment étendu sur ses inconvénients comme antithermique (tout en exaltant ses propriétés antialgiques), pour refaire le procès de l'antipyrine chez les pneumoniques,

dont, avant tout, on doit respecter, comme chez tous les infectés, l'activité cardiaque, la tension vasculaire, la tonicité nervense et la dépuration urinaire.

Nous ne pensons pas plus de bien du *veratrum viride* introduit par Aran dans le traitement de la pneumomie et auquel les travaux d'Oulmont avaient rendu quelque regain : c'est à peine, du reste, si la vératrine est encore chez nous prescrite comme antithermique, son emploi paraissant s'appliquer presque exclusivement au traitement des affections de l'appareil circulatoire caractérisées par la tachycardie et l'hypertension artérielle (Bourgeois).

C'est à titre d'agent anti-infectieux général, autant qu'à titre particulier d'antiseptique pulmonaire, que le *carbonate de créosote*, récemment vanté par Cassoute et son élève Tournier (1), peut être prescrit aux pneumoniques. L'action du médicament semble évidente, non seulement sur les phénomènes subjectifs et objectifs par lesquels se manifeste la pneumonie, mais encore sur la courbe thermique. Le carbonate de créosote paraît agir, d'une part sur la toxi-infection générale, d'autre part, et surtout, sur la localisation pulmonaire. L'antisepsie, fort utile déjà en matière de pathie pulmonaire diplococcique simple et régulière, paraît avoir un rôle capital à jouer en matière de pneumonies graves, irrégulières avec associations microbiennes, compliquées de streptococcie, de grippe, etc.

Quand nous prenons souci de la fièvre des pneumoniques, il n'est guère que deux médicaments auxquels nous souscrivions : la quinine et la digitale. La *quinine* parce que nous y avons confiance chez les pneumoniques, aussi bien que chez les dothiénentériques, non certes comme antithermique proprement dit, mais comme antithermique de seconde et de troisième main, si on peut ainsi parler.

La quinine, médicament nervin et tonique par excellence, *antiseptique* pour une part, tant par l'action exercée sur l'organisme tout entier (tension nerveuse, pression vasculaire, activités cellulaires, etc.), que par les réactions de l'organisme contre l'infection, fait que la température s'abaisse ; les modifications thermiques, si on a bien compris, procédant ici plus de l'antipyrèse que de l'antithermie. C'est pourquoi, nous gardant toutefois d'en faire une médication systématique, nous donnons volontiers : 1 gramme ou 1 gr. 50 de sulfate de quinine à nos pneumoniques, surtout quand chez eux se marquent quelques signes d'adynamie. On sait combien volontiers, et à hautes doses, Liebermeister donnait la quinine ; on sait combien aussi en est partisan le professeur Lépine, d'autant que, d'après lui, il serait possible que le sulfate de quinine mît « dans une certaine mesure, obstacle à la tendance à la suppuration qui existe chez beaucoup de pneumonies même communes. Si cette action était bien démontrée, elle donnerait à la quinine une valeur qu'on ne saurait estimer trop haut.

C'est parce que, *empiriquement*, nous savons que la digitale fait du bien aux pneumoniques — imaginant, en l'ordonnant, toucher le pneumonique et non la pneumonie elle-même — que, surtout chez les pneumoniques congestifs et thermisants, nous prescrivons la *digitale*, sachant lui demander d'être autre chose en plus qu'un médicament toni-cardiaque. Ce faisant, nous nous souvenons de la pratique de Rasori, de

(1) Cassoute. Traitement des infections broncho-pulmonaires aiguës, non tuberculeuses par le carbonate de créosote (*Académie de Médecine*, 4 juillet 1899, et *Presse Médicale*, n° 68, juillet 1899). — Tournier. Traitement des infections broncho-pulmonaires par le carbonate de créosote. *Th. de doctorat de Lyon*, 1899.

Traube et du professeur Hirtz, qui prônait l'emploi de la digitale dans la pneumonie au point d'en faire systématiquement une médication antithermique. C'est en donnant couramment, pendant deux ou trois jours consécutifs, de 0 gr. 75 à 1 gramme de poudre de feuilles de digitale en infusion, que Hirtz arrivait à noter rapidement: l'élévation de la pression vasculaire, le ralentissement du pouls, la diminution de la dyspnée, une sensation de mieux-être, et dans les trente-six heures, une diminution de la température.

C'est cette médication que voudrait remettre en honneur. cette fois d'une façon intransigeante, le professeur Petrescu qui fait de la digitale, dans la pneumonie, sinon une médication spécifique, tout au moins une médication spécialement indiquée, en ce sens qu'il la tient pour aussi pleine d'efficacité qu'exempte d'inconvénients. On trouvera dans la thèse de Petru Constantinescu maintes observations, avec tracés, relatant en détails les résultats de la manière *systématique* dont le professeur de thérapeutique de Bucharest traite ses pneumoniques. Petrescu prescrit, en infusion, les feuilles de digitale à la dose de 4, 6 et 8 grammes *pro die*, pendant deux, trois, et quatre jours consécutifs; sur près de 300 malades ainsi traités, la mortalité a été de 2 p. 100.

Les résultats obtenus par cette pratique, qui semble côtoyer l'intoxication, sans y tomber, sont : que la température s'abaisse rapidement de 1 à 3 degrés, et peut arriver, après deux ou trois doses de digitale, au dessous de la normale; que le pouls tombe à 60, 50, 40 et même 36, en même temps que se constate un changement favorable les dans phénomènes locaux.

Sans aller jusqu'aux énormes doses de Petrescu, nous avons administré la digitale suivant sa manière, et nous avons, comme Barth, reconnu que nulle méthode n'influençait autant la température des pneumoniques, en même temps que nulle médication ne faisait aussi bien sur l'état des forces du malade. C'est également le sentiment de Gingeot et Deguy (1) qui, tout en se défendant de chercher dans l'emploi de la digitale un spécifique de la pneumonie, se louent beaucoup de la médication à laquelle ils entendent s'en tenir dorénavant comme leur paraissant la meilleure. Les avantages qu'ils lui trouvent, comme nous les lui avons trouvés nous-même, c'est « d'abord, que le lendemain de l'administration du médicament — 1 milligramme *pro die* de digitaline cristallisée — les malades accusent une sensation de bien-être tout à fait spéciale; le délire, s'il existait, cesse, l'albuminurie diminue, le thermomètre s'abaisse, pendant que la tension artérielle augmente, et que la diurèse s'établit à souhait ».

(*A suivre*)

(1) Gingeot et Deguy, La digitale dans la pneumonie et la grippe (*Revue de Médecine*, mars 1897 p. 161).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(*Séance du 27 juin 1900*)

Présidence de M. Huchard.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la *classification des dyspepsies*. M. Albert Robin tient à répondre aux objections que M. Legendre a formulées dans la dernière séance à ses propositions de classification. L'orateur sait bien que sa classification ne suffit pas au point de vue absolu : au point de vue nosologique pur, la meilleure classification est celle de Hayem qui a choisi comme seule base les variations dans la modalité du chlore et fait pivoter sur ces variations tout son système nosologique. Mais cette classification n'aboutit à aucune sanction thérapeutique : les divers types édifiés sont pour Hayem l'expression de lésions diverses de l'organe. Pour M. Robin, c'est là une erreur : les diverses dyspepsies ne représentent pas des affections organiques, ce sont de simples troubles fonctionnels qui mènent parfois à la gastrite, mais peuvent disparaître sans avoir provoqué des lésions de la muqueuse. La thérapeutique, du reste, quand il existe une lésion, ne peut amener à la guérison, elle reste purement palliative. Il subsiste donc, quand on adopte la classification de M. A. Robin, un fait fondamental, c'est que l'action thérapeutique est possible en présence des troubles fonctionnels et qu'une classification basée sur l'étude de ces troubles, si elle ne satisfait pas l'esprit philosophique du savant, sera en revanche fort utile au praticien.

Si l'on veut s'en tenir aux données chimiques, on arrive forcément à une thérapeutique simpliste, telle que M. Legendre la préconise, à savoir qu'on donnera de l'acide chlorhydrique aux hypochlorhydriques et du bicarbonate de soude aux hyperchlorhydriques. La thérapeutique de l'orateur est absolument différente : elle tient compte de ce fait indubitable, à savoir que les alcalins excitent la sécrétion acide. Si donc on donne du bicarbonate de soude à fortes doses, on conduit facilement les malades au surmenage et de là à la gastrite chronique. Dans l'ordre inverse, Linossier a montré quelles formidables doses d'acide chlorhydrique seraient nécessaires pour remédier à l'hypochlorhydrie ; le traitement qui convient à cette dernière forme de trouble secrétoire consiste dans l'administration de faibles doses d'alcalins.

M. Legendre a trouvé des objections aux termes d'hypersthénie et d'hyposthénie de M. Robin : il les considère comme des formules nous ramenant à des temps passés, alors qu'on dissimulait la pauvreté des faits cliniques connus sous de nuageuses dénominations. Cette interprétation des

termes proposés par M. Robin montre ou bien que M. Legendre n'a pas bien compris à quel syndrome correspondait cette terminologie ou bien que ce savant n'admet pas l'existence, aujourd'hui surabondamment prouvée, du spasme pylorique qu'il confond avec l'insuffisance motrice. Hypersthénie veut dire au contraire exagération des fonctions motrices et indique de suite au thérapeute dans quel sens il doit diriger son action curative. La sédation seule est indiquée dans ces cas : à l'état d'hyposthénie correspond au contraire l'indication d'une médication légèrement excitante. Qui dit hypersthénie ne dit pas hyperpepsie, car le fonctionnement de la sécrétion n'est pas nécessairement exagéré dans ce cas.

La classification de M. Robin aboutirait en fin de compte, pour M. Legendre, à la polypharmacie : or on ne possédera jamais assez de médicaments sédatifs ; si l'on veut s'opposer à l'hypersécrétion glandulaire, on peut atteindre ce but de deux façons, par une hygiène alimentaire appropriée et en modérant l'excitation nerveuse et circulatoire et par une action locale qui peut être obtenue par des doses incapables d'irriter la muqueuse gastrique. Si l'on n'admet que des lésions matérielles dans la symptomatologie des affections gastriques, une thérapeutique de ce genre semblera nécessairement illusoire, mais si, avec M. Robin, on admet l'existence de troubles fonctionnels purs, on comprendra aisément qu'une action locale insignifiante peut, par inhibition, amener une sédation du système nerveux. Ne voit-on pas, par exemple, tous les jours, une dose de une à deux gouttes de laudanum, donnée dans un peu d'eau, enrayer les vomissements.

M. Legendre affirme, en outre, que la polypharmacie à l'usage des affections gastriques va à l'encontre du courant actuel qui éloigne tous les jours davantage les médecins de la prescription de médicaments. Ce scepticisme vient uniquement du fait que les praticiens assistent journellement à la grandeur et à la décadence de nombre de médicaments : il faut, en ces matières, ne tenir aucun compte de ces engouements, et étudier à fond les remèdes pour pouvoir les adopter en connaissance de cause. Si l'on agit de la sorte, on s'aperçoit bien vite que la thérapeutique peut rendre de grands services, ce que démontrent les résultats obtenus. Si les nombreux malades soignés au moyen d'une thérapeutique raisonnée ne trouvaient aucun bénéfice à la méthode, ils auraient depuis longtemps renoncé à se soigner de la sorte : tel n'est certes pas le cas.

M. Legendre a émis cette opinion que la doctrine de la dilatation stomacale, émise il y a quinze ans, par Bouchard, est restée ce qu'elle était, qu'elle demeure une entité morbide aussi nette qu'autrefois. Pour M. Robin, cette dilatation est, au contraire, très rare : on l'a confondue à l'époque avec la distension consécutive au spasme pylorique : qui dit spasme dit le contraire d'atonie. Si l'on admet cette atonie, on donnera des stimulants, et l'on excitera, le cas échéant, un organe dont la tunique musculaire s'est hypertrophiée au cours de sa lutte contre l'obstacle pylorique. Doyen a donné de nombreuses descriptions anatomiques et histologiques démontrant la réalité de l'existence d'une tunique musculaire stomacale très épaissie chez les malades qu'il a dû opérer pour spasme pylorique. Le symptôme dilatation stomacale créé par Bouchard, est donc le fruit d'une interprétation erronée des faits.

L'existence de toxines stomacales, trop aisément admise, il y a quelques années, a donné lieu à des abus thérapeutiques considérables. M. Robin proteste contre cette hypothèse que les faits n'ont jamais pu démontrer. L'estomac ne contient pas de toxines, personne n'a jamais pu les voir, et l'on peut injecter jusqu'à 250 grammes de liquide de rétention dans l'oreille du lapin, sans provoquer chez l'animal aucun phénomène morbide. Les toxines trouvées par Bouveret, par exemple, ne sont que des produits artificiels de réactions chimiques, et l'orateur est parvenu autrefois à fabriquer lui-même artificiellement des toxines de ce genre. M. Linossier en est arrivé, en désespoir de cause, à admettre l'existence de toxines relatives ; M. Robin n'aurait aucune obligation à toutes ces théories, si ces dernières ne conduisaient pas à une thérapeutique dangereusement exagérée au point de vue de l'antisepsie stomacale.

On a émis l'opinion que l'acide chlorhydrique représentait pour l'estomac un antiseptique : or, chez 74 0/0 des hyperchlorhydriques, les fermentations sont très intenses, ainsi que le démontre l'examen des produits sulfo-conjugués de l'urine : ces produits, aisément décelables à l'analyse chimique, donnent une bonne mesure de l'activité des fermentations dans le tube digestif. L'acide chlorhydrique est donc loin d'être un antiseptique stomacal.

Le naphtol, préconisé dans le même but par Bouchard, est encore aujourd'hui fréquemment employé : ne trouve-t-on pas dans un livre classique une formule de cachets qui permet de donner aux malades jusqu'à 1,20 grammes de naphtol par jour ? C'est le meilleur moyen de faire perdre l'appétit aux patients. Est-il préférable, en revanche, de donner le naphtol à faibles doses? Pas davantage, car Spallanzani jadis et, dans ces derniers temps, de nombreux auteurs, parmi lesquels M. Chassevant ont démontré que de petites doses d'antiseptiques augmentent d'une façon remarquable l'intensité des fermentations.

On voit par ce qui précède combien peu les antiseptiques sont utilisables dans le traitement des affections stomacales.

En résumé, un fait domine actuellement la question, c'est l'existence du spasme pylorique, combiné à l'hyperesthésie : cette doctrine a supplanté l'ancienne dilatation atonique, pour le plus grand bien de la thérapeutique des affections stomacales.

M. Mathieu ne veut pas défendre sa classification, car à vrai dire il n'en a jamais proposée. L'étude des affections stomacales a simplement amené l'orateur à rechercher les éléments fonctionnels qui sont ou nombre de trois : 1° la sécrétion ; 2° la motricité ; 3° la sensibilité.

Quel rôle jouent ces trois facteurs? La sécrétion peut présenter une tendance à l'hyposécrétion ou à l'hypersécrétion : mais si la motricité est bonne, les troubles qu'elle occasionne peuvent passer inaperçus, surtout si le pancréas est intact. La sécrétion doit cependant jouer un rôle important, ainsi que le prouvent les remarquables résultats obtenus par Frémont avec sa gastérine.

Les troubles, dans la motricité, dans le sens de sa diminution, provoqueront des retards dans l'évacuation du contenu stomacal et auront de ce chef une importance considérable, car les fermentations organiques sont ainsi favorisées, même si l'acide chlorhydrique est sécrété en excès. La stase entretient d'un autre côté la sécrétion exagérée, et provoque des phénomènes douloureux.

Pour l'orateur, la doctrine de Bouchard, qui réalisa jadis un grand progrès, est aujourd'hui rentrée dans le domaine historique. La dilatation simple constitue un syndrome à causes variables, telles que le relâchement musculaire, la stase permanente ; on trouve dans certains cas l'estomac vide le matin, dans d'autres il contient des détritus alimentaires, etc.

L'hyperesthésie dépend avant tout de l'excitabilité du système nerveux : dans certains cas toutefois la névrose et les troubles de la nutrition générale sont la conséquence de la dyspepsie.

On ne parle pas suffisamment, pour l'orateur, du rôle de l'intestin dans la question des dyspepsies. L'intestin et le pancréas peuvent compenser l'insuffisance motrice ou sécrétoire de l'estomac. On observe des cas où cette compensation serait possible, tout en ne se faisant pas, mais dans d'autres elle n'est pas possible, parce que le foie, le pancréas ont perdu de leur vitatité cellulaire. Il faut donc, pour la conception des dyspepsies, distinguer les troubles dont la correction est possible par la suppléance intestinale, de ceux où cette suppléance ne saurait être obtenue.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies Infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Thérapeutique de la tuberculose expérimentale par la viande, par RICHET (*Société de Biologie*, 9 juin 1900). — Six chiens ont été inoculés de tuberculose ; ils se sont cachectisés, M. Richet en a laissé quatre mourir ; des deux survivants qui étaient très amaigris, un, a été alimenté avec du suc extrait par compression de la viande crue. Ce dernier chien engraisse actuellement et survivra très vraisemblablement ; l'autre est mort rapidement.

M. Richet ne pense pas que ce suc de viande agisse comme aliment, car il suffit, pour obtenir un résultat, de donner par kilogramme d'animal, une ration journalière de 10 grammes de suc de viande. Or, 1,000 grammes de viande fournissent, par expression avec une force expressive de 5,000 kilos, 350 grammes de suc, lequel ne contient pas plus de 7, 5 0/0 de matières albuminoïdes. La quantité d'azote absorbée est donc insignifiante. M. Richet pense qu'il s'agit d'une véritable opothérapie.

M. Chantemesse émet l'opinion que le suc de viande agit peut-être comme excitant de l'appétit et de la nutrition.

M. Laborde déclare qu'on obtient avec les matières grasses les mêmes résultats qu'avec la viande ; il a vu guérir un tuberculeux qui absorbait deux livres de beurre par jour.

M. Bouchard constate que dans la série animale, l'immunité à la tuberculose est d'autant plus grande que l'animal est plus carnivore. La thérapeutique de la tuberculose doit tendre à rendre carnivore l'organisme atteint. Il croit notre régime de suralimentation par la viande bien supérieur au régime de suralimentation par la graisse en faveur en Allemagne.

G. LYON.

Quatrième rapport concernant les travaux de l'expédition de la malaria (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 juin 1900). — Le rapport de mars-avril 1900, dû comme les précédents à R. KOCH, contient diverses indications thérapeutiques d'un grand intérêt. Il est daté de Stephansort (Nouvelle-Guinée). Sur les ouvriers engagés pour travailler à Stephansort, et provenant des îles Gardner, 47 0/0 furent atteints de malaria et traités par la quinine. Les 53 0/0 restants prirent de la quinine à titre prophylactique ; aucun ne fut atteint, bien que la saison fut éminemment défavorable. Des indigènes d'Amboine étant venus se fixer à la Nouvelle-Guinée, on donna à la moitié environ d'entr'eux de la quinine ; pas un ne fut pris d'accidents paludéens, et tous les autres, non traités préventivement, présentèrent des accidents à l'exception d'une femme.

Ces faits démontrent que l'on peut garantir absolument, par un traitement préventif, les sujets qui viennent habiter un pays où règne le paludisme.

La malaria, de même que le choléra, par exemple, ne provoque pas toujours des accidents typiques, et il existe en outre nombre de cas chroniques, que seule la recherche fructueuse du parasite permet d'incorporer au paludisme. Si l'on veut se rendre compte de l'étendue vraie d'une épidémie, il faut systématiquement rechercher le parasite chez tous les habitants (enfants surtout) d'une contrée infestée et traiter par la quinine les malariques. Dans ces conditions on peut arriver à faire disparaître la malaria d'une localité. Cette façon de procéder exige malheureusement un personnel nombreux, et n'est applicable que si l'on a affaire à une population intelligente.

Dans le même numéro, le Dr Ziemann, de Cameroon, constate que cette région extrêmement dangereuse au point de vue du paludisme est peu infestée de moustiques. Plusieurs centaines d'autopsies d'anopheles restèrent sans résultat au point de vue de la présence du parasite. Ce n'est qu'après de persévérantes recherches que l'auteur finit par découvrir des anopheles infectés.

Ziemann croit, en présence de ces faits, que la théorie qui attribue aux seuls anopheles l'infection malarienne a été peut-être trop hâtivement émise.

E. Vogt.

Le sérum antipneumococcique, par L. Lambert (*New-York, County Medical Association*, 7 avril 1900). — Le sérum a été obtenu, par l'auteur sur le cheval ; les expériences faites sur les animaux, lui ont montré qu'il était préventif, mais quand il y avait des cocci dans le sang, de fortes doses de sérum étaient incapables de sauver l'animal, peut-être son existence était-elle prolongée. Chez l'homme, ce sérum a été essayé dans 12 cas ; 9 ont été suivis de guérison, 3 de morts.

Le sérum semble diminuer l'hyperthermie, améliorer le poul ; dans aucun cas, il n'a amené la crise ou arrêté net l'évolution du processus morbide. L'auteur n'a pas persisté dans son emploi : il n'a semblé être utile, que dans un ou deux cas, peut être a-t-il permis d'éviter dans certains cas, une septicémie pneumococcique.

P. Sainton.

Traitement abortif de la fièvre typhoïde, par le Dr Sanchez Herrero (*Los Nuevos Remedios*, No 7, 1900). — Le traitement conseillé par le Dr Sanchez Herrero au Congrès de Rome est fondé sur ce fait que la fièvre typhoïde est une intoxication d'origine interne, une auto-typhisation d'origine intestinale et que, par conséquent, le meilleur moyen est la désinfection de l'intestin. Il n'emploie pas les antiseptiques insolubles recommandés par Bouchard, mais prescrit un mélange d'huile de térébenthine (10 grammes) et huile de ricin (30 grammes) qu'on prend le matin à jeun et qui produit des selles abondantes et un notable abaissement de la température. Il ordonne ensuite un mélange de charbon et d'iodoforme et 1 gramme de sulfate de quinine le soir. Si ce traitement est employé dès le commencement, l'affection ne dure pas plus d'une dizaine de jours.

F. Berini.

Maladies générales non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Observations relatives à la médication interne de la maladie de Basedow (*Société médicale de Berlin*, séance du 23 mai 1900). — Klemperer n'est pas partisan du traitement chirurgical du goître exophtalmique, car la mortalité est très élevée chez les opérés et la maladie peut être entièrement guérie avec un traitement approprié. On prescrira la suralimentation, l'hydrothérapie, la faradisation de la région cervicale avec de faibles courants, l'iodure de sodium, les tablettes de corps thyroïde, etc.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Ewald a émis l'opinion que la médication interne joue un rôle peu marqué dans la guérison de la maladie de Basedow qui disparaît d'elle-même dans certains cas. L'orateur n'a jamais rien obtenu avec le corps thyroïde, mais a enregistré en revanche un très bon résultat sous l'influence des hautes altitudes, une amélioration sous l'influence de l'oophorine et une autre sous l'influeuce de l'administration de thymus en émulsion.

Senator préconise l'arsenic, le séjour dans les hautes montagnes et la galvanisation.

Karewski a opéré quatre cas ; trois ont guéri, un a présenté une amélioration notable.

E. Vogt.

Le myxœdème et la maladie de Basedow (*Therap. Monatshefte*, juin 1900) — Pour Ulrich, ces deux affections ne seraient pas antagonistes pour ainsi dire, mais présenteraient une série de formes de passage et des symptômes communs semblant démontrer que le myxœdème et des affections analogues viennent souvent compliquer la maladie de Basedow et que ces processus morbides si différents à première vue, sont très voisins.

Comme symptômes communs aux deux affections on peut citer le goître, la tachycardie l'exophtalmie, le tremblement, les dégénérescences musculaires, les convulsions et contractures, la chute des cheveux, les pigmentations anormales, la sclérodermie, etc.

On ne s'étonnera donc pas, si l'on accepte les conclusions de l'auteur, de voir l'administration de corps thyroïde donner souvent de bons résultats dans la maladie de Basedow : on observe

du reste, *mutatis mutandis*, les mêmes faits lorsqu'il s'agit d'affections rénales : la thérapeutique cherche dans ce cas à rendre au filtre rénal sa fonction normale, bien que rien ne soit à première vue plus dissemblable que la symptomatologie de la néphrite parenchymateuse et celle de la néphrite interstitielle.

E. Vogt.

Azotate d'urane dans le diabète (*Wratch*, n° 12, 1900). — Ignatowsky a employé chez 6 diabétiques l'azotate d'urane préconisé ces dernières années par quelques médecins anglais.

Chez la plupart de ces malades le diabète était grave. La dose d'azotate d'urane a varié de 0 gr. 30 à 0 gr. 80 par jour, s'il n'y avait pas de contre-indications. On l'a administré sous forme de capsules gélatinées. La diminution des hydrates de carbone dans l'alimentation n'a pas été considérable.

Pendant le traitement la quantité du sucre et des urines a diminué, ainsi que la soif. On n'a pas constaté d'action de l'urane sur le poids. L'état général s'est amélioré pendant les premiers temps ; la vigueur musculaire a augmenté,

Chez deux malades il s'est produit pendant le traitement une série de phénomènes prémonitoires du coma. On a supprimé l'urane et on l'a remplacé par la soude : à la suite de cette médication l'état des malades s'est amélioré, bien que la quantité des urines et du sucre ait augmenté. Chez trois malades on a constaté pendant le traitement des troubles gastro-intestinaux, des douleurs et de la diarrhée.

Duncan explique la diminution du sucre dans les urines sous l'influence de l'azotate d'urane, par l'action excitante de ce dernier sur les cellules qui consomment le sucre, or Ignatovsky suppose que dans l'action qu'exerce l'azotate d'urane, ce sont les troubles se produisant dans la propriété absorbante des voies digestives qui jouent très probablement le rôle principal.

La tendance à la diarrhée contitue une contre-indication à l'emploi de l'azotate d'urane.

D'un autre côté l'auteur estime que l'azotate d'urane est absolument nuisible dans les cas de diabète grave.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

De l'asepsie opératoire (*Société de chirurgie*, 25 avril et 16 mai 1900). — La question de l'emploi des gants en chirurgie est revenue en discussion. M. Quénu prétend que la stérilisation des mains est impossible à obtenir et qu'il faudrait s'abstenir de toute exploration septique, quarante-huit heures avant une opération aseptique. Cette invraisemblable opinion est combattue par M. Bazy qui a fait avec succès deux laparotomies, après l'ouverture d'un phlegmon gangréneux. Il faudrait d'ailleurs citer toute l'histoire de la chirurgie de ces vingt dernières années, dans les services de Paris, pour montrer que ces influences sont *pratiquement* nulles, ainsi que l'ont prouvé, par leurs incessants succès, des chirurgiens insuffisamment pliés aux méthodes aseptiques. Si la stérilisation absolue est en effet impossible, la désinfection chirurgicale des mains est suffisante *en pratique* pour permettre d'entreprendre sans hésiter des opérations successives quelconques. M. Bazy s'étant contaminé les mains avec des bouillons de culture très virulents a occasionné la mort d'un lapin opéré sans se laver les mains, tandis qu'il a vu survivre à la laparotomie un deuxième animal opéré dans les mêmes conditions, mais après la désinfection habituelle. Les promoteurs de ces exagérations ne se font pas faute d'opérer en toute circonstance, nous en sommes certains. Il est donc ridicule de s'embarrasser de gants de caoutchouc pour faire toutes les opérations, dans la crainte de n'avoir pas suffisamment desinfecté ses mains, mais il faut se borner à en user dans les cas où on aura à pratiquer des interventions ou explorations septiques, pour se préserver de contacts inutilement dangereux. Il est surprenant que cette mode n'ait pas dès longtemps prévalu, surtout en ce qui concerne les manipulations anatomiques.

A. Benoit.

De l'asepsie opératoire (*Suite*) (*Société de Chirurgie*, 23 mai, 1er juin, 1900. — Nous avons vu déjà récemment MM. Bazy et Reynier s'inscrire en faux contre l'impossibilité absolue de la désinfection des mains, soutenue par MM. Quénu et Tuffier et la nécessité d'employer des gants de diverses substances. Après les preuves cliniques apportées par M. Bazy d'une désinfection

pratique suffisante pour ne pas exposer la vie des opérés, voici des preuves expérimentales, qui peuvent supporter la comparaison puisqu'elles ont été faites au moyen de bouillons de culture. (On sait que M. Terrier récusait récemment le lapin, comme sujet d'expérience, car son péritoine ne réagirait pas comme celui du cheval par exemple). M. Delbet, auteur de ces dernières communications, pense que l'on peut s'aseptiser les mains d'une manière rigoureuse: en effet, avec le concours de M. Widal, il a plongé ses mains pendant plusieurs minutes dans des liquides contenant des cultures virulentes de microbes, soit aérobies, soit anaérobies et, après lavage aseptique soigneux, les ensemencements faits à plusieurs reprises avec ses doigts sur bouillon et sur gélatine sont restés stériles. Le sublimé et l'alcool à 90° employés de façon à mouiller fortement les téguments sont les éléments de désinfection dont il s'est servi. M. Reynier fait sagement observer qu'il est dangereux de vouloir remplacer l'antisepsie par l'asepsie, car cette dernière, au sens rigoureux du mot, est une utopie. Il préconise la méthode mixte dans laquelle on fait à la fois de l'asepsie et de l'antisepsie.

A. Benoit.

Technique de la résection de l'appendice à froid (in *Semaine médicale*, 6 juin 1900). — Nous relèverons dans cet article de chirurgie pratique, certains points utiles aux praticiens qui, tout en possédant le manuel opératoire de l'ablation de l'appendice, n'ont pas une grande habitude de cette intervention.

Premier temps : incision de la paroi. — Ce temps, on le sait, varie avec les opérateurs. Sans nous attarder ici, on peut conseiller l'*incision de Roux*, parallèle à l'arcade de Fallope et placée à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque A S., qui correspond à son milieu, ou bien les diverses incisions plus ou moins parallèles au bord externe du muscle droit (1). Les incisions latérales droites ont aujourd'hui remplacé définitivement les incisions médianes pour aborder la région cœcale, dans le cas d'appendicite. Il est bon, en suivant le conseil de plusieurs auteurs, de recliner le muscle droit en dedans avec un écarteur, de façon à ouvrir le feuillet postérieur de sa gaîne, ou *fascia transversalis*, en arrière du corps musculaire. Celui-ci, une fois remis en place, protègera bien la cicatrice profonde.

Pour ouvrir le péritoine en ce point, de grandes précautions sont à observer. La séreuse s'adosse au feuillet aponévrotique sans interposition de tissu graisseux. Aussi faut-il soulever un pli de cette membrane, avant de l'inciser, pour éviter d'entrer d'emblée dans l'intestin adhérent. Lorsqu'il y a des adhérences au point où l'on se trouve, on cherche à pénétrer dans la cavité péritonéale par un point voisin. Une fois la séreuse ouverte et repérée, il faut *isoler* avec des compresses tous les organes abdominaux voisins de la région opératoire, où peut se trouver un abcès péri-appendiculaire.

Deuxième temps : recherche de l'appendice. — On peut rechercher l'appendice, s'il ne se présente pas immédiatement, avec les doigts. Mais s'il faut amener au dehors un appendice accolé au cœcum ou aux parois du bassin, l'œil doit concourir indispensablement à cette manœuvre. Pour procéder méthodiquement, porter *la main en dehors* sur la paroi iliaque et la première anse que l'on peut saisir en dedans est le cœcum. Celui-ci trouvé, on cherchera à sa *partie inférieure et interne*, la *base de l'appendice*.

Troisième temps : libération de l'appendice. — La libération des adhérences, si l'appendice n'est pas flottant, demande la plus grande prudence. Les brides qui, parfoisle retiennent, seront coupées entre deux pinces. Tout suintement sanguin sera tari immédiatement. Les doigts suffisent à cette besogne, mais il faut *voir ce que l'on fait* pour éviter : la rupture ignorée d'une adhérence vasculaire, l'ouverture du cœcum, la déchirure des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, celle de l'uretère. L'appendice libéré, on le sépare de son *méso* avec le ciseau, qui fend ce repli entre une ou plusieurs pinces ordinaires et le cordon appendiculaire. Une pince à mors longuets assure plus commodément encore l'hémostase. On la remplace ensuite par une ligature en simple ou en double, suivant la largeur du méso.

Quatrième temps : résection de l'appendice. — Procédé rapide : on met un fil à la base et on sectionne un peu en avant du fil. On donne un coup de thermocautère sur la hernie de la muqueuse et on enfouit le point cautérisé par un fil séro-séreux.

Procédé à manchette : faire une incision circulaire à deux centimètres de la base, comprenant la séreuse seule. Retrousser en manchette. Lier la base de l'appendice et fermer après section et cautérisation, avec une suture séro-séreuse en bourse.

Il est bon d'enfouir le moignon dans la profondeur par deux points supplémentaires qui ramènent par dessus lui la paroi de cœcum. On se préservera ainsi prudemment des infections possibles et des *adhérences douloureuses*.

(1) Voir à ce sujet notre dernier numéro : Incisions nouvelles, etc..., p. 413.

Sixième temps : nettoyage du champ opératoire et *hémostase* très rigoureuse, car le suintement sanguin favorise le transport à distance des germes locaux. En cas d'abcès ouvert, toucher les parois à l'acide phénique.

Septième temps : fermeture de la paroi. — Il vaut mieux faire plusieurs plans de suture qu'un seul, en suivant le mode indiqué plus haut. Au cas de suppuration ou de longues manœuvres, et dans ce cas seulement, on drainera avec un gros tube entouré de mèches de gaze. Au bout de quarante-huit heures, on pourra retirer le drain s'il n'y a pas de suintement abondant.

A. Benoit.

Abcès pelviens appendiculaires opérés par la voie rectale (*Société de chirurgie*, 23 mai 1900). — M. Delanglade (de Marseille), communique trois cas d'appendicites qui se sont terminées ou ont été compliquées d'abcès fusant dans le petit bassin et qu'il a fallu inciser *par la voie prérectale*, après plusieurs semaines. Les résultats ont été excellents.

A. Benoit.

Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires par M. Sehrwald (*Therap. Monatshefte*, mai 1900). —L'Aayant appliqué avec succès des compresses d'alcool à des malades atteints de péritonites graves, entre autres à un cas de péritonite tuberculeuse, a eu l'idée de faire l'essai de ce traitement à des malades atteints d'appendicite. Peu de temps après l'application des compresses, les symptômes douleur, vomissements, météorisme, diarrhée s'amendent et le traitement peut-être repris avec succès en cas de rechute. En dehors des cas où il existe une indication opératoire urgente, on peut se servir utilement de cette *révulsion par l'alcool*. En France, nous coupons volontiers l'alcool d'eau très chaude pour l'application de ces compresses sur le ventre et les flancs; on obtient une sédation remarquable des symptômes dans des cas de pelvi-péritonite. Bouilly emploie fréquemment ce moyen.

A. Benoit.

Résultats éloignés et technique de la gastrotomie (*Société de chirurgie*, 23 mai 1900). — Nous avons rapporté dernièrement le cas de M. Segond, dont une opérée possède une bouche stomacale fonctionnant bien depuis quinze ans. M. Monod a eu, dit-il, un aussi bon résultat, datant de neuf ans et sans écoulement de suc gastrique. Il avait fait une petite ouverture au trocart, sans chercher à suturer la muqueuse à la peau.

M. Quénu fait l'incision au *ténotome* et suture la muqueuse à la peau, sans faire pour cela une ouverture plus grande. Il trouve qu'il y a avantage à créer, en attirant la muqueuse, une portion rétrécie, qui est une sorte d'œsophage intrapariétal.

A. Benoit.

Traitement des tumeurs de l'orbite par la voie temporale (*Acad. de méd.*, 29 mai 1900).— M. Valude a eu l'occasion d'employer avec succès la méthode de Kronlein. Voici la technique employée par cet auteur pour atteindre les tumeurs de l'orbite sans intéresser le globe de l'œil : on fait une *incision courbe* à convexité antérieure, suivant les contours de la fosse temporale. En avant, cette incision met à nu le bord externe de l'orbite. Le lambeau étant ainsi dessiné, on introduit dans l'orbite un détachetendon plat, qui chemine entre l'os et le périoste, que l'on doit isoler sur toute la surface de la paroi externe de l'orbite. Il ne reste qu'à mobiliser l'os malade; on y parvient en sectionnant l'os suivant deux incisions qui se rejoignent dans la fente sphéno-maxillaire. On a obtenu ainsi un triangle osseux qui est adhérent au lambeau cutané. Ce triangle osseux est mobilisé suffisamment pour pouvoir être luxé et maintenu en dehors. Le fond de l'orbite est alors largement découvert. Après l'ablation du néoplasme, on rabat le triangle et on le maintien suffisamment en se contentant de suturer la peau.

A. Benoit.

Désarticulation inter-ilio-abdominale, par M. Salistschef, (*Arch. f. Klin. Ch. LXI*, 1900). — La plupart des tentatives faites pour désarticuler le membre inférieur au niveau de l'articulation sacro-iliaque ayant été suivies de mort à courte échéance, nous signalerons le succès obtenu par l'auteur susnommé dans un cas de volumineux *sarcome* de l'os iliaque droit, chez un sujet de 38 ans. La première incision, partant de la douzième côte, allait jusqu'à l'épine iliaque A.S., se prolongeant ensuite dans la direction du ligament de Poupert, jusque vers la ligne médiane: elle permit de décoller facilement le péritoine et de *lier les vaisseaux iliaques* à 3 cent. de la bifurcation aortique. Ensuite, deuxième incision ovalaire, passant sur la branche montante du pubis, sur la tubérosité de l'ischion, le grand trochanter et finissant vers le milieu de la crête iliaque.

Désinsertion des muscles abdominaux ; mise à nu et section de la symphyse pubienne. Dénudation consécutive de la crête iliaque. Section du muscle psoas et du nerf crural et désarticulation sacro-iliaque. Suture et drainage. Pas de tendance à la hernie abdominale. La guérison paraît complète.

A. Benoit.

Traitement prophylactique de la gangrène des extrémites inférieures, par M. Bunge (de Konisberg) (*29e Congrès allemand de chirurgie*). — La gangrène dite *spontanée* des extrémités inférieures chez des artério-scléreux, même peu avancés en âge, peut être prévenue si l'on administre à temps l'*iodure de potassium* en se basant sur les signes prémonitoires. Quand le mal est irréparable, amputation *précoce* est bornée au strict nécessaire.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Traitement de la pneumonie franche (*Congrès allemand de médecine interne tenu à Wiesbaden* du 18 au 21 avril). — De la discussion sur le traitement de la pneumonie franche, n'est ressorti aucun fait nouveau.

Le rapporteur, Von Koranyi (de Budapest) conteste l'utilité de la saignée, en tant que moyen de désintoxication. Par contre, la saignée peut se montrer très efficace dans les cas de dilatation cardiaque. Les injections de sérum physiologique, combinés ou non avec la phlébotomie, facilitent la diurèse en même temps que l'élimination des toxines.

La fièvre doit être combattue par la quinine ou le salicylate de soude. Les applications hydrothérapiques, dans leurs différentes formes, trouvent souvent leur médication.

Le corapporteur M. Pel, constate, avec beaucoup de bon sens, que le sort du malade ne dépend pas tant de l'état du poumon que de l'état des humeurs de l'organisme.

La digitale, utile assez souvent, est cependant moins recommandable que les stimulants du cœur.

Le traitement symptomatique ne doit pas être négligé. Contre la toux, on emploiera l'antique poudre de Dower, contre les douleurs, les applications locales chaudes ou froides et même, si c'est nécessaire, une petite injection de morphine. Les expectorants peuvent rendre des services à la dernière période de la maladie.

L'alcool est indispensable dans les pneumonies avec asthénie, dans celles des alcooliques.

Le camphre est le plus actif des stimulants; Pel l'emploie en injections hypodermiques (solution éthérée).

M. Naunyn a retiré un grand bénéfice des injections d'ergotine dans plusieurs cas.

G. Lyon.

Intervention chirurgicale dans certaines formes de la pneumonie (*Chirurgie russe*, n° 1, 1900). — Bobroff décrit un cas de pneumonie interstitielle avec bronchite putride où il a obtenu la guérison par une pneumotomie.

Ce cas est instructif à deux points de vue. D'abord il a montré combien défectueux sont encore nos procédés d'exploration en ce qui concerne la détermination du degré de l'affection et de sa localisation et combien il est facile de commettre une erreur de diagnostic. Ainsi on fut obligé, pendant l'opération, d'ouvrir la cage thoracique dans deux points, dans le but de découvrir la source de la suppuration. D'un autre côté le cas est intéressant en ceci que le malade malgré l'absence d'empyème — dont cependant on a constaté des symptômes très nets — a guéri rapidement après la résection de deux côtes et une pneumotomie.

Etant donné que le malade était atteint de broncho-pneumonie d'origine septique, l'auteur compare l'utilité de l'opération à celle de larges incisions dans les affections septiques en général.

Peu de temps après l'opération, non seulement l'état général s'est amélioré, mais encore les phénomènes pulmonaires locaux ont presque complètement disparu.

Le poids du malade a augmenté de 18 livres.

En terminant son travail l'auteur se prononce pour la nécessité de la pneumotomie dans certaines formes de la pneumonie, surtout dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'adhérences entre le poumon enflammé et la cage thoracique.

J. Roubleff.

Cynnamate de soude dans la tuberculose pulmonaire (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 3, 1900). — Dans cinq cas de tuberculose pulmonaire, Vassilenko a eu recours au traitement exclusif par le cynnamate de soude.

Le cynnamate de soude a été administré sous forme d'injections sous-cutanées en solution aqueuse de 2 à 3 0/0. La quantité injectée varia de trois divisions de la seringue de Pravaz à une seringue entière. Le nombre total des injections a été de 22 à 28; on les a pratiquées tous les deux ou trois jours.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Dans un cas de tuberculose grave, compliquée de syphilis, le résultat a été nul et le malade a succombé. Dans deux autres cas le résultat a été plus satisfaisant : l'état général s'est amélioré, la toux et les sueurs nocturnes ont diminué, mais le processus pathologique des poumons n'a subi aucune modification.

Enfin, dans deux autres cas, le traitement a donné un résultat très favorable : la tempéra-

ture est tombée progressivement jusqu'à la normale, les phénomènes pathologiques se sont considérablement amendés, les bacilles sont devenus très rares dans les crachats ; les sueurs nocturnes ont disparu, l'appétit a considérablement augmenté, la toux a diminué, par moments même elle a disparu totalement, le poids à augmenté.

Les malades qui avaient paru se trouver dans un état désespéré ont commencé grâce à ce traitement, à guérir. Ajoutons que tous les malades ont très bien supporté les injections.

J. Roubleff.

Electricité statique dans la tuberculose pulmonaire (*Wratch*, n° 15, 1900). — Dans 20 cas de tuberculose pulmonaire Nikolsky a employé l'électricité statique.

La durée habituelle de la séance a été de 5 à 6 minutes. On mettait le malade en contact avec le pôle positif, tandis que le pôle négatif était mis en contact avec le sol.

Le régime a été toujours le même. Les expériences de l'auteur ont été faites à Abass-Touman dont l'air pur des montagnes ajouté à des douches et à des bains, exerce une action des plus favorables sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. Nikolsky s'est servi de la machine de Wimshurst qui se distingue par la sensibilité relativement faible à l'humidité.

Comme accidents plus ou moins graves, il a constaté : vertige peu prononcé, somnolence, fatigue, perte de l'appétit, faiblesse.

Les résultats obtenus sont loin d'être brillants : sur 20 cas, on a constaté une certaine amélioration dans 13, tandis qu'aucun changement ne s'est produit dans les 6 autres.

Nicolsky arrive à cette conclusion que dans les cas des lésion des sommets, l'électricité statique constitue un adjuvant au traitement climatéro-diététique : si l'amélioration a déjà commencé, avant l'emploi de l'électricité, celle-ci rend l'amélioration bien plus rapide.

L'électricité statique exerce une action particulièrement favorable sur l'état général des malades.

Dans les cas plus graves, là où il existe des complications ou bien quelque destruction du tissu pulmonaire, l'électricité statique est inutile.

Dans les cas où se manifeste une tendance à l'hémoptysie, on utilisera la méthode avec précaution.

J. Roubleff.

Lavements d'huile de foie de morue dans la tuberculose (*Therap. Monatshefte*, juin 1900). — Il s'agit d'un malade de 38 ans, atteint de phtisie pulmonaire depuis 10 ans, refusé au Sanatorium de Gœrbersdorff comme trop gravement atteint et se trouvant dans un état de cachexie avancé, que Zeuner a traité de la façon suivante : repos prolongé, dans une chambre bien aérée, huile de foie de morue (3 cuillerées à soupe par jour) et le soir, à 9 heures, après que le malade fut allé à la selle spontanément ou à l'aide d'un lavement, administration de 60 à 100 grammes du lavement suivant :

Pancréatine très pure.....	5 gr.
Fiel de bœuf.....	0 5
Chlorure de sodium.....	1 5
Faire dissoudre dans eau.....	50

Ajoutez :

Huile de foie de morue blonde. 250 gr.

Laissez digérer pendant deux heures et ajoutez :

Essence d'eucalyptus.... III gouttes

Us. Ext.

Au moment de stériliser les 60 à 100 grammes de liquide, on les fait chauffer, on agite et on introduit lentement à travers une canule de 10 cm. au moyen d'une grande seringue à piston, le malade étant placé dans la position génupectorale.

Grâce à sa composition, ce lavement est très facilement gardé pendant 10 heures et davantage : il y a lieu d'admettre que la résorption de ce mélange s'effectue d'une façon aussi normale et aussi complète que possible.

L'huile de foie de morue n'irrite pas dans ces conditions la muqueuse du tube digestif : la pancréatine doit être aussi pure que possible si l'on veut obtenir une émulsion assez finement divisée pour que l'endothélium la résorbe.

Peut-on espérer qu'une aussi grande quantité d'huile, introduite en une fois dans le rectum, puisse être résorbée en 10 heures ? La plupart des auteurs se prononcent pour la négative, mais Zeuner fait remarquer qu'on ne s'est jusqu'ici servi, pour des expériences de ce genre, que d'huile d'olive ou d'autres corps gras tout aussi peu digestibles. Un examen chimique minutieux des fécès de son malade a démontré à Zeuner que sur 130 grammes d'huile de morue absorbée (estomac et rectum), on ne retrouvait dans les selles que 24,6 gr. Le chiffre de l'huile résorbée est donc bien supérieur à celui admis par les auteurs (10 gr. en 24 heures quand on administre l'huile en lavements).

Les lavements furent toujours bien supportés, aussi supprima-t-on, au bout de quelque temps, tout lavement de propreté avant l'introduction du lavement nutritif, pour ne pas fatiguer le rectum.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

dans les quatre semaines qui ont précédé le traitement, le malade avait perdu 4 kilos : 3 semaines plus tard, le poids n'avait pas changé et au bout de deux nouvelles semaines on constata une augmentation de 750 gr. Pendant ce temps, les forces revinrent, l'expectoration diminua notablement et les signes physiques s'amendèrent.

L'auteur se propose de continuer ses recherches sur d'autres malades.

E. Vogt.

Traitement de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse par l'apocynum cannabinum, par F. Combemale (*Echo médical du Nord*, 22 avril 1900). — M. Combemale pense que les diurétiques peuvent déterminer la résorption de l'épanchement et préconise un diurétique radical, cardio-vasculaire, l'apocynum cannabinum. Dans un cas le médicament donné à la dose de 20 gouttes par jour d'extrait fluide, a déterminé une diurèse abondante, suivie de la résorption de l'épanchement en peu de jours.

G. Lyon.

Du terpinol dans l'hémoptysie, par Janowski (*Klinisch-Therapeutische Wochenschrift*, n° 8, 1900). — Dans l'hémoptysie tuberculeuse le terpinol à la dose de 3 gouttes, répétées 5 à 7 fois par jour, déterminerait souvent une guérison très rapide de l'hémoptysie.

G. Lyon.

Repos et mouvement chez les cardiaques par Vaquez (*Presse médicale* n° 41, p. 253, 1900). — Le traitement des affections du cœur ne consiste pas uniquement dans l'emploi plus ou moins exclusif des médicaments dits cardiaques ; l'hygiène thérapeutique doit y jouer un rôle important.

On sait depuis les expériences déjà anciennes de Marey, celles plus récentes de Chauveau et Kauffmann que les mouvements musculaires partiels facilitent la circulation dans les muscles en action, sans fatiguer le cœur et les gros vaisseaux, la systole cardiaque restant énergique et la tension artérielle élevée. Au contraire, les mouvements qui portent sur une grande quantité de muscles ne tardent pas à provoquer le surmenage du cœur, parce que celui-ci ne peut suppléer à la circulation périphérique défaillante sans augmenter le nombre de ses battements et sans que la tension artérielle s'abaisse.

Les mouvements partiels, chez les cardiaques, peuvent, s'ils sont soigneusement gradués, venir en aide à l'équilibre circulatoire défaillant, en facilitant la circulation périphérique et en favorisant la déplétion du système nerveux.

Œrtel le premier proposa les ascensions en pente douce comme propres à favoriser le retour du sang vers le cœur, et en même temps, à déterminer un certain degré d'hypertrophie nécessaires, selon lui, à la cure des affections cardiaque. Mais l'hypertrophie n'a pas le rôle providentiel qu'Œrtel lui accorde. D'autre part l'ascension, même lente et bien réglée, met en mouvement une quantité trop considérable de muscles et peut déterminer des phénomènes rapides de suffocation chez des sujets dont le cœur est déjà dilaté. La méthode d'Œrtel est condamnée aujourd'hui.

Une autre méthode, celle de Schott, consiste dans l'emploi de mouvements musculaires passifs et actifs, joints à l'action des bains carbogazeux de Nauheim, dont on retrouve l'équivalent en France, à Bourbon-Lancy. On fait exécuter d'abord des mouvements partiels, sans participation active du malade ; on limite ces mouvements au plus petit nombre possible de muscles, puis on augmente progressivement le nombre et l'importance des muscles que l'on exerce et on agit parallèlement sur le mouvement par des exercices appropriés pour en faciliter la fonction. Enfin, on fait exécuter des mouvements actifs.

Les premiers mouvements employés consistent dans le pétrissage des muscles des membres qui font refluer le sang vers les gros troncs veineux. On joint à cela le massage de l'abdomen recommandé comme particulièrement apte à favoriser la circulation abdominale ; enfin, il est d'usage de terminer le massage par certains mouvements propres à calmer l'excitation du cœur.

Dans les séances ultérieures on pratique des mouvements de circumduction qui agissent en produisant une sorte d'élongation des troncs veineux et la progression plus rapide du sang dans leur intérieur.

Le mouvement de circumduction du membre supérieur consiste dans la rotation lente du bras autour de l'épaule, le mouvement étant dirigé par un aide, entre les mains duquel le malade abandonne son bras. Le même mouvement s'exécute ensuite sur les membres inférieurs (il peut déterminer un peu d'oppression). La circumduction du tronc se pratique, le malade étant assis sur un tabouret. La circumduction de la tête peut déterminer certains troubles vertigineux chez les artério-scléreux.

Ces divers mouvements sont suivis d'autres exercices qui ont pour but d'augmenter le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires. Le plus simple est le suivant : l'aide place ses mains sous les aisselles du sujet et, tandis que celui-ci fait une inspiration lente et profonde, il l'accompagne dans son rythme respiratoire en soulevant et abaissant les masses musculaires de l'épaule.

Aux mouvements passifs on joint plus tard des mouvements actifs. Au lieu de s'abandonner à la main de l'aide, le patient doit s'efforcer mais très progressivement, de lui résister. D'ailleurs dans tous les exercices il faut apporter une progression raisonnée et prudente.

La médication par l'exercice ne convient pas à tous les cardiaques. Lors de la longue période de calme qui marque la première étape de l'endocardite chronique, après la phase aiguë, les exercices qui provoquent l'effort (bicyclette, canotage, lawn-tennis, équitation) doivent être interdits. Lorsque surviennent les premiers signes de stase sanguine, l'emploi raisonné de l'exercice par les mouvements passifs et actifs devient rationnel, car il a pour grand effet de diminuer la stase périphérique et de combattre la dilatation cardiaque. Ces exercices sont indiqués non seulement dans les cas de lésions valvulaires, chez les sujets âgés ou prédisposés par des intoxications antérieures (notamment l'alcool) à des phénomènes d'asthénie cardiaque avec dilatation, ils sont encore utiles chez les obèses présentant de l'insuffisance cardiaque, chez les bossus qui ont de la dilatation cardiaque, enfin chez les sujets atteints de myocardite chronique sans phénomène d'angor.

Vaquez pense même que les exercices peuvent être conseillées, avec une grande prudence, chez les malades atteints de sclérose artérielle se compliquant du syndrome d'angor-pectoris.

Les contre-indications de la médication par l'exercice se réduisent à deux : l'hypertension artérielle et l'albuminurie avec insuffisance rénale. Une tension artérielle dépassant 25 centimètres, des urines albumineuses, de faible densité, peu chargées en urine, doivent être des indices défavorables à l'emploi des mouvements. Enfin la médication est contre-indiquée, chez les basedowiens dans les cas de névrose cardiaque.

CH. LYON

Le traitement des anévrismes par les injections de gélatine, par le Dr FORENICO DE CASTRO (*Revista de Medicina y Cirugia Practicas*, 21 avril 1900). — C'est un fait démontré que les injections de gélatine constituent le moyen le plus puissant, dont la science dispose actuellement pour le traitement des anévrysmes, et l'unique médication capable de produire des soulagements notables, et de prolonger la vie des malades.

Les résultats obtenus dans les cas traités par ce moyen, permettent au Dr F. de Castro d'émettre son opinion et indiquer les différences existant entre la méthode de Lancereaux et Paulesco et celle employée par lui.

Lancereaux fonde sa méthode sur l'action coagulante de la gélatine mise en contact avec le sang dans l'intérieur des anévrysmes. Cette action, il la produit au moyen des dissolutions faibles de gélatine qui traversent la paroi artérielle, se mêlent au sang et le coagulent : ce caillot, unique agent curatif, s'oppose quelquefois entièrement au cours du sang, en diminue quelquefois l'intensité, arrivant ainsi à corriger la dilatation anévrysmale et à éviter sa rupture du sac. On comprend les dangers de la méthode de Lancereaux et Paulesco. Qui pourrait calculer à l'avance les dimensions, la consistance et la rapidité de formation du caillot ? Qui pourrait arrêter son cours dans les vaisseaux et l'empêcher de produire des embolies, etc. ?

Par ces raisons, l'auteur a cherché à modifier la technique opératoire et à faire agir la gélatine sur les parois artérielles et non sur le sang. Les injections faites par le Dr Castro ne pénètrent pas dans l'intérieur des artères et ne produisent pas de caillots : elles sont, par conséquent, sans danger. Il s'agit de faire pénétrer la gélatine à travers le réseau lymphatique depuis le plan sous-cutané jusqu'à la tumeur, en passant par la voie la plus directe et la plus riche en vaisseaux.

La dissolution que l'auteur employait au début de ses recherches (1 gramme de gélatine pour 60 d'eau distillée) présentait une action très lente ; il l'a modifiée et, après plusieurs essais, il a adopté la formule suivante : 3 grammes de gélatine pour 40 grammes d'eau distillée. Les dissolutions plus concentrées produisent des indurations rapides des tissus environnant l'anévrysme, ce qui empêche la gélatine d'arriver à la paroi de la tumeur. Il a aussi modifié la quantité de dissolution injectée à chaque séance : la quantité minima est d'un centimètre cube et l'on peut aller jusqu'à quatre, suivant le volume de l'anévrysme, l'épaisseur de ses parois et surtout le calibre du vaisseau.

Quand l'induration se présente rapidement, il convient de réduire à un centimètre cube la quantité injectée, car la réussite du traitement dépend de la marche lente et graduelle de l'induration.

L'auteur insiste sur l'innocuité des injections telles qu'il les recommande, même à la dose de 4 centimètres cubes, pourvu qu'elles soient aseptiques, mais cependant, quand il s'agit d'anévrysmes de l'aorte, il faut agir avec une grande prudence, car l'induration se produit tout d'abord sur la portion de sac la plus proche de la paroi thoracique et le reste étant plus faible, ne peut résister à la pression sanguine, se rompt, produisant la mort instantanée.

F. BERINI.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Traitement chirurgical de la méralgie paresthésique, par CHIPAULT (*Presse médicale* n° 48, p. 298, 1900). — On sait que la méralgie paresthésique est une affection douloureuse, localisée sur le territoire du fémoro-cutané, et dans laquelle, sur un fond permanent constitué par une sensation d'engourdissement siégeant à la face antéro-externe de la cuisse, viennent se greffer, le plus souvent, sous l'influence de la position debout, ou de la marche, des paroxysmes caractérisés par de vives douleurs, que calme soit la flexion prolongée de la cuisse sur le bassin, soit le repos, soit au pis aller, le décubitus horizontal.

Il est des cas où, après une série de poussées plus ou moins longues et pénibles, l'affection s'éteint, sans aucun traitement.

Il en est d'autres où elle cède, soit à l'emploi répété de petits moyens locaux, tels que le repos prolongé, la marche en attitude penchée et avec lenteur, le sommeil, les cuisses fléchies, le massage, l'électrisation localisée, soit à un traitement s'adressant à l'état général du sujet

Chez un sujet atteint d'arthritisme héréditaire avec obésité, une cure d'amaigrissement a suffi pour faire disparaître une méralgie pendant un certain temps. L'iodure de potassium a donné de bons résultats à Narcovski; les bains sulfureux ont également eu un effet très remarquable dans une observation de Sabrazés et Cabannes. Chez les syphilitiques il est indiqué d'avoir recours au traitement spécifique, cependant, dans la plupart des cas, ce traitement est resté sans résultats.

Il est enfin des malades atteints de névralgie, chez lesquels tout traitement médical reste sans effets : d'autres chez qui la névralgie, non seulement est rebelle, mais encore est parfaitement intolérable, la douleur survenant sous l'influence du simple frottement des vêtements ou dès que les malades étendent leur membre inférieur, dès qu'ils marchent. Leur existence devenant un véritable supplice, il est légitime de songer chez ces sujets qui sont réellement des infirmes, à une intervention chirurgicale. Cette intervention est la résection du fémoro-cutané, pratiquée par Chipault pour la première fois, puis par Mauclaire, etc.

Les résultats obtenus ont été remarquables; mais la guérison n'a pas été immédiate. Chez les 3 malades opérés, l'intervention a été suivie d'une guérison apparente et passagère, puis d'une rechute, enfin de la guérison définitive.

G. LYON.

Etiologie et traitement des névralgies, par le Dr A. MUR (*La Medicina Cientifica en Espana*, mai 1900). — Le Dr MUR présente d'abord quelques considérations sur la fréquence des névralgies du trijumeau due à la longueur du trajet du nerf, à sa situation superficielle, etc., et divise ces névralgies en *constitutionnelles, infectieuses, traumatiques* et *réflexes*.

Parmi les moyens que nous avons à notre disposition pour calmer la douleur (narcotiques, nervins, révulsifs et électriques), le Dr Mur donne la préférence au valérianate de quinine en granules de 2 centigrammes, pris chaque demi heure ou chaque heure suivant l'intensité du mal l'aconitine amorphe (1/2 milligramme) l'hyoscyamine (1/10 de milligramme) sont d'excellents moyens pour soulager les malades.

En plus il faut s'adresser à la cause et prescrire le fer aux anémiques, le mercure et l'iodure aux syphilitiques, la salicylate de soude aux rhumatisants, etc.

F. BÉRINI.

Méthode pour éviter la contracture posthémiplégique (*Die aerzt. Praxis*, 15 avril 1900). — Le Dr GEIGEL croit qu'il est possible d'appliquer à l'homme les résultats des expériences que Munk a faites sur le singe. Ce dernier auteur a démontré (*Académie royale des sciences de Berlin*, 1894) que la contracture se développe dans les membres paralysés à la suite de l'inaction seule ; la contracture débute par une résistance anormale aux mouvements que l'on imprime aux antagonistes : les muscles présentant cette résistance sont ceux qui plus tard entreront en contracture. Si l'on imprime des mouvements au membre menacé, la contracture ne se développera pas à condition de faire tous les jours les exercices appropriés. Les mouvements peuvent être actifs ou passifs.

Il est vrai que les singes auxquels on a enlevé les centres moteurs des extrémités récupèrent relativement facilement la faculté de faire des mouvements actifs : chez l'homme, les mouvements passifs sont seuls possibles chez l'hémiplégique.

Le Dr Geigel a donc depuis quelque temps expérimenté sur un certain nombre de malades la méthode suivante : quinze jours au plus tard après l'attaque, il place deux fois par jour pendant 5 à 10 minutes le bras paralysé en abduction forcée, l'avant-bras, la main et les doigts en extension, le pied et les doigts de pied en flexion dorsale avec relèvement du rebord externe du pied. Ces exercices seront continués pendant des mois sans aucun arrêt: le malade peut, du

reste, au bout d'un certain temps les exécuter lui-même.

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants : on arrive ainsi à éviter des contractures qui n'eussent pas manqué de se produire ; on a nettement l'impression que l'impotence fonctionnelle est ainsi atténuée d'une façon notable,

E. Vogt.

Deux cas d'épilepsie corticales traités chirurgicalement (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 juin 1900). — Lunz de Moscou donne deux observations dans lesquelles le diagnostic n'offrit aucune difficulté; la localisation du processus morbide fut trouvée, en cours d'opération, exactement telle que la symptomatologie l'avait fait prévoir. Chez uue des malades on trouva dans la région deltoïdienne des cicatrices très apparentes, l'anamnèse démontra qu'un processus de carie avait dû quelques temps avant envahir la tête de l'humérus. Les adhérences cicatricielles, trouvées en cours d'opération, et ayant provoqué des adhérences de la dure-mère avec les os du crâne et la pie-mère, témoignent en faveur d'un processus analogue ayant envahi autrefois les os du crâne. L'opération a, dans ce cas, rendu de grands services à la malade, qui n'a eu depuis qu'une seule attaque légère, alors que précédemment, elle souffrait tous les 3 jours environ, d'attaques s'accompagnant de syncopes. L'intervention date de 4 mois.

Dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur de nature tuberculeuse dans la couche corticale: il avait été impossible de faire le diagnostic de la nature de la tumeur avant l'opération. A la suite de l'intervention, il se manifesta un peu d'aphasie et une augmentation des phénomènes parétiques, mais peu à peu, tout rentra dans l'ordre et la malade se trouve aujourd'hui exactement dans le même état qu'avant l'opération. Cet insuccès s'explique : il est probable que tout le foyer n'a pas été enlevé.

E. Vogt.

Des alternatives Voltiennes dans le traitement des atrophies musculaires par Ch. Truchot (*Archives d'électricité médicale*, 15 avril 1900). — L'auteur indique le principe d'un appareil permettant de soumettre un muscle à des alternatives voltiennes. Cet appareil consiste simplement en un inverseur de Rhumkorff ou de Siemens, monté sur l'axe d'un petit moteur électrique et pouvant tourner à la vitesse de 20 ou 30 tours par seconde, par exemple. Interposé entre une source de courants continus (avec rhéostat et milliampèremètre) et le patient, il permet de faire agir sur le muscle une succession de courants d'intensité réglable à volonté, interrompus et renversés un grand nombre de fois par seconde. Dans ces conditions, au lieu de la simple secousse musculaire que produit la fermeture d'un courant continu au pôle négatif (ou au pôle positif, suivant les cas), on obtient une véritable tétanisation du muscle absolument comparable à celle que produisent les courants faradiques.

De là les multiples avantages suivants :

1° La contraction musculaire ainsi obtenue est beaucoup plus active que la simple secousse produite par les courants continus tels qu'on les emploie ordinairement ;

2° Les alternatives diminuent, si elles ne la suppriment pas complètement, l'action électrolytique du courant et enlèvent toute crainte d'eschare;

3° Par suite des phénomènes de polarisation des tissus, ces alternatives agissent à peu près comme un courant d'intensité double;

4° Enfin, que le muscle présente ou non une réaction de dégénérescence plus ou moins complète, on n'a pas à s'en inquiéter puisqu'il sera sollicité successivement par des excitations positives et négatives, et répondra à l'une ou à l'autre.

L'auteur décrit ensuite la composition d'un appareil qu'il a appliqué au traitement de diverses atrophies musculaires, et notamment à des cas de paralysies infantiles.

Un petit garçon de 18 mois présentant un commencement de paralysie infantile fut guéri par cette méthode.

L'examen électrique des muscles avait montré que les extenseurs (jambier antérieur, extenseur du gros orteil), ainsi que les péroniers latéraux et le triceps crural, étaient atteints et ne donnaient aucune contraction avec les courants faradiques; mais ils réagissaient assez bien aux courants galvaniques au pôle négatif : la réaction de dégénérescence n'était donc pas complète ; on pouvait toutefois craindre qu'elle ne le devienne avec le temps.

Dans ces conditions, l'auteur a employé d'emblée les alternatives voltiennes à l'aide de l'appareil, dont il a été parlé. Le fonctionnement de cet appareil a été parfaitement régulier. Avec 4 ou 5 mA, et 30 inversions par seconde, il a obtenu la tétanisation parfaite des muscles; les contractions rhytmées à une par seconde par un pendule interrupteur, ressemblaient à s'y méprendre aux contractions faradiques ordinaires.

En quinze séances (une séance de 10 minutes par jour), la contractibilité faradique était rétablie aux muscles de la jambe et quinze jours plus tard on pouvait cesser le traitement : l'enfant marchait de nouveau seul; depuis, la guérison s'est maintenue.

Sans doute, on peut admettre qu'il s'est agi

là d'un cas bénin, mais on peut croire aussi que l'emploi des alternatives voltiennes a grandement facilité le retour de la motilité dans les muscles atteints, tant par l'action spéciale du courant continu que par l'effet des contractions tétanisantes du muscle, car on bénéficie ainsi, en outre d'une gymnastique musculaire comparable à celle que produisent les courants faradiques, de l'effet particulier aux courants continus sur la nutrition des tissus et des nerfs.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine

Ethmoïdité suppurative et son traitement, par Frank S. Milbury (*New-York Medical Journal*, 1900, n° 1103). — Dans les maladies des sinus accessoires de la cavité nasale, les rhinologistes actuels admettent que les sinus maxillaires ou ethmoïdiens sont le plus souvent atteints. Les formes *chroniques* sont les plus graves et, en dehors de la syphilis, de la tuberculose, du mercure, du phosphore ou du traumatisme, on trouve quelques cas rares de suppuration chronique, succédant à un état aigu. L'auteur recommande l'examen rhinoscopique méthodique, lorsque des douleurs persistantes succèdent à une décharge purulente. On trouvera alors souvent la source de la suppuration au niveau du cornet moyen. Le traitement chirurgical convient seul à ces cas, il consiste à ouvrir les cellules ethmoïdiennes avec le forceps et à les cureter sur toute l'étendue de la lésion. On fait, suivant les besoins, les résections des cornets nécessaires. On termine par un lavage au sublimé en solution faible et des insufflations d'aristol. Les douleurs disparaissent à la suite de ce traitement et en deux à trois mois on obtient la guérison.

A. Benoit.

Comment le médecin non spécialiste doit traiter l'otorrhée, par le Dr R. Botey (*Gaceta medica Catalana*, nos 8 et 9, 1900). — Le médecin non spécialiste doit, dans les cas d'otorrhée, savoir quelles sont les médications qui peuvent porter préjudice au malade et quelles sont celles qui pourront lui être utiles : l'otorrhée est une affection bien plus grave que ne le croient la plupart des praticiens, car elle peut amener la surdité, la pyémie mortelle, la méningite, la phlébite du sinus transverse et de la jugulaire interne, un abcès cérébral, etc., toutes complications d'une haute portée et menaçant directement la vie du sujet.

S'il s'agit d'un état aigu, de douleurs plus ou moins fortes au fond de l'oreille survenues après un refroidissement, etc., il s'agit très probablement d'une inflammation aiguë de la caisse et ce qu'il y a de mieux c'est d'instiller un liquide antiseptique et calmant à la fois, comme par exemple :

Eau distillée.....	5 grammes
Chlorhydrate de cocaïne Acide phénique.....	ââ 0 gr. 50
Glycérine neutre.....	10 grammes

De cette solution tiédie, on verse dans le conduit auditif 4 à 5 gouttes toutes les deux heures en faisant incliner la tête du côté opposé : en agissant ainsi on calme beaucoup la douleur. L'action fortement antiseptique du mélange peut empêcher le tympan de se perforer et la suppuration ne se produira pas alors. Si les douleurs d'oreille étaient très fortes et que la solution ne les calme pas tout à fait on ferait les instillations toutes les heures et en plus on appliquerait sur le pavillon et les régions voisines une compresse trempée dans une solution chaude de thymol.

Si, malgré tous ces soins, l'oreille suppurait, il ne faudrait pas avoir recours aux injections émollientes, car on ne fait qu'augmenter l'infection : on nettoie le conduit avec de la gaze aseptique ou bien, si la suppuration est très abondante, on ferait des injections avec une solution de formol au millième, qu'on peut préparer extemporanément en versant 4 ou 5 gouttes de formol dans un verre d'eau. Après l'injection, on sèche légèrement et on instille quelques gouttes de la solution cocaïnée ci-dessus indiquée.

Si, malgré le traitement, le processus passait à l'état chronique, ou bien si le médecin était consulté pour une suppuration déjà ancienne, on doit agir différemment : on a le choix entre la méthode radicale et la méthode expectante que préconise l'auteur.

L'école contemporaine démontre que pour traiter une otorrhée chronique, il faut avant tout établir un diagnostic étiologique précis, bien déterminer le siège de la lésion, il faut traiter localement l'otorrhée, pendant quelques mois avant de se décider pour une intervention, à moins que des complications obligent à opérer tout de suite.

Cette intervention rentre dans le domaine du spécialiste ; le médecin traitant doit, en tous cas, se rappeler qu'il ne faut pas regarder avec indifférence une otorrhée chronique et cela pour plusieurs raisons : l'odeur infecte, la difficulté de maintenir la propreté de la région, le fait

que l'affection compromet l'audition (à cause des granulations, des polypes, des destructions de la membrane, etc). Enfin, il faut songer à éviter les complications cranio-cérébrales toujours possibles. Le Dr Botey insiste sur ce dernier point, en s'appuyant sur les relations de voisinage de l'organe auditif sur la structure des cavités de l'oreille moyenne, etc.

Le médecin non spécialiste doit éviter : 1° d'introduire des instruments dans le conduit ou dans un trajet fistuleux péri-auriculaire ; 2° d'arracher avec des pinces une tuméfaction rosée faisant saillie par le méat, car s'il s'agit d'un polype il risque d'arracher le tympan et les osselets ; 2° Si les lavages rapportent quelques pellicules brillantes, ressemblant à des cristaux d'acide borique, il faut s'abstenir de tout lavage, car on peut alors être en présence d'un cholestéatome dont l'hydratation serait dangereuse ; il faut alors employer l'alcool boriqué à saturation ; 4° Si, pendant le cours d'une otorrhée, survient une paralysie faciale, cela indique qu'il y a carie des parois de la caisse et qu'il faut opérer ; 5° Si, dans le cours d'une otorrhée, la suppuration diminue ou cesse en peu de jours, et qu'il survient de la fièvre des douleurs derrière l'oreille, de la céphalalgie, des frissons, de la somnolence, etc., il faut envoyer le malade au spécialiste ; 6° Si un malade avec otorrhée ancienne consulte pour un gonflement rougeâtre, douloureux et fluctuant derrière l'oreille, il ne faut pas croire à un simple abcès susceptible d'être guéri par un petit coup de bistouri. La lésion siège probablement plus profondément au fond de l'apophyse marstoïde et doit être traitée par la trépanation.

Dans les cas simples, on se bornera à s'informer de la durée de la suppuration et à déterminer autant que possible la cause de celle-ci ; on verra si le malade respire bien par le nez et ne souffre pas de la gorge : on s'informera si la suppuration est constante ou intermittente ; si le malade souffre de bourdonnements, de vertiges, etc. ; si le pus est abondant et fétide ou s'il est séro-muqueux ou encore sanguinolent (polype ou granulations dans la caisse).

S'il s'agit d'un cas, exempt de complications, on peut recourir aux lavages et aux applications médicamenteuses. Le Dr Botey recommande une poire de caoutchouc ou la douche d'Esmarch. Il faut éviter l'excès de pression et la canule doit être étroite et stérilisable : les lavages seront faits une à trois fois par jour selon l'abondance de la suppuration : l'eau doit être tiède et récemment bouillie : on doit tirer en haut et en avant le pavillon pour redresser le conduit. Pour ces lavages, B. utilise la solution de formol précédemment citée ou bien la solution saturée d'acide borique, additionnée de 1/2 0/0 d'acide phénique. Le conduit une fois lavé et séché, le malade incline la tête du côté sain et fait tomber quelques gouttes de glycérine phéniquée à 5 0/0 dans le conduit, puis comprime le tragus pour que le liquide pénètre profondément.

Si l'otorrhée ne diminue pas, on emploie la solution suivante :

Eau distillée.....	8	grammes
Alcool de 40°.....	4	—
Perchlorure de fer pur...	1	—

Instiller trois ou quatre gouttes dans le conduit auditif, deux ou trois fois par jour, après lavage.

Si, malgré cela, on n'obtient pas encore le résultat voulu, on peut essayer des instillations d'un mélange d'une partie de teinture de cantharides pour deux d'eau et terminer avec le mélange à parties égales.

Si le pansement humide ne donne pas de résultat, il faut essayer le pansement sec, quoiqu'il soit plus difficile à exécuter.

Après lavage et séchage du conduit, on fait une insufflation de poudre d'acide borique, en remplissant le conduit jusqu'à son ouverture.

On peut ainsi traiter le malade pendant 4, 5, 6 et même 8 semaines. Si après ce temps la suppuration persiste, il faut envoyer le malade chez le spécialiste, car il est probable que des lésions profondes avec carie, etc., existent dans ce cas.

F. Berini.

A propos des traitements de l'ozène par le sérum normal de cheval et l'electrolyse, par le Dr Pedro Borras (*Gaceta Médica Catalana*, 31 mars 1900). — Après un exposé des motifs qui l'ont amené à essayer les injections de sérum normal de cheval, l'auteur décrit le *modus faciendi* pour l'électrolyse, et ajoute quelques considérations sur les théories les plus en vogue pour expliquer la pathogénie de l'ozène, se déclarant partisan de la trophonévrose. Il termine par les considérations suivantes : le sérum normal de cheval ainsi que l'électrolyse interstitielle cuprique, agents thérapeutiques appliqués au traitement de l'ozène atrophiant, exercent une action excitante sur les cellules et glandes sécrétoires de la fosse nasale, qui se traduit par une augmentation considérable dans la quantité de mucus et facilite, par ce fait, l'expulsion des croûtes fétides de l'ozène.

Avec le sérum, on obtient l'expulsion des croûtes et la disparition de la mauvaise odeur quelques jours après le début du traitement, mais l'amélioration est de peu de durée ; par contre, avec l'électrolyse, cette amélioration dure plus longtemps.

L'auteur n'attribue pas ce résultat à l'action bactéricide de ces deux agents, mais à l'excita-

tion de la fonction nerveuse sécrétoire du trijumeau.

L'atrophie de la muqueuse nasale et des os des fosses nasales, surtout des cornets, ne se modifie pas sous l'influence de ces deux agents, que l'on doit, pour cette raison, considérer comme des moyens thérapeutiques applicables au traitement de l'ozène seul.

F. Bérini.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la syphilis par l'iodalbacide. (*Wiener med. Wochenschrift*, 7 avril 1900). On sait que l'iodalbacide est une albumine iodée, qui contient 10 0/0 d'iode ; c'est une poudre jaunâtre, peu soluble dans l'eau, n'ayant presque pas de saveur ni d'odeur et abandonnant son iode beaucoup plus difficilement que l'iodure de potassium ; on peut donc, par l'emploi de l'iodalbacide, se mettre à l'abri, chez les prédisposés, des accidents bruyants d'iodisme qui se manifestent très peu de temps après l'ingestion du médicament. Le produit nouveau, moins rapidement assimilable, s'élimine en revanche plus lentement et a donc tout le temps d'exercer son action, alors que l'iodure de potassium est parfois éliminé avant d'avoir produit un effet thérapeutique. L'iodalbacide conviendrait donc dans les formes chroniques de syphilis, dans le traitement du psoriasis, de la scrofule, de l'arthritisme, de l'artério-sclérose, etc., bref, chaque fois qu'il s'agit de soumettre l'organisme à une médication prolongée. Les doses sont de 2 à 5 grammes par jour ; on peut continuer le traitement pendant plusieurs mois sans inconvénient, même chez des malades ne supportant pas les autres préparations iodées.

La plus récente publication concernant ce médicament émane du Dr Briess qui a entrepris des expériences à la clinique du Pr Neumann, à Vienne, sur 25 syphilitiques à diverses périodes de leur affection. On a pu reconnaître que l'iodalbacide ne saurait enrayer, le plus souvent, les accidents dus à une invasion récente (roséoles, p. ex.). D'un autre côté, on observa chez quelques malades des vertiges, de la gastralgie, un sentiment de faiblesse, etc. : mais comme ces accidents se montrèrent tous à la même époque, on songea à incriminer une décomposition du médicament : cette interprétation se trouva confirmée par le fait que l'emploi d'iodalbacide plus récemment et plus minutieusement préparé fit disparaître les troubles sus-indiqués.

Les cas guéris ressortissent spécialement à des accidents secondaires retardés, à des accidents tertiaires de toute nature : chez plusieurs de ces malades, l'iodure de potassium n'avait pu auparavant être donné, pour cause d'idiosyncrasie.

Les expériences de Briess confirment donc les résultats antérieurs de V. Blum, Zuelzer, etc. L'iodalbacide possède un champ d'action nettement limité, dans lequel il remplace avantageusement les préparations jusqu'ici utilisées.

E. Vogt.

Curabilité de la syphilis (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 4, 1900). — Le Pr Tarnovsky a publié un travail des plus intéressants sur la curabilité de la syphilis. A l'appui de sa thèse, il cite 50 observations personnelles ; si nous ajoutons que tous les malades dont il s'agit dans ces observations sont restés sous sa surveillance médicale pendant vingt ans au moins (et seize ans au moins à partir de la dernière manifestation syphilitique) on comprendra l'importance du travail de l'auteur. Voici de quelle façon Tarnovsky formule son opinion en se basant sur sa longue expérience :

1° La syphilis est curable à toutes les périodes. La maladie peut parfaitement s'arrêter aux accidents primaires. Plus souvent la guérison survient après les accidents secondaires. La guérison complète peut survenir également pendant la période tertiaire.

2° Le traitement contemporain par le mercure et l'iode constitue le facteur thérapeutique fondamental ; mais il n'est pas l'unique et ne diminue en aucune façon la valeur des autres conditions de la guérison.

3° Parmi ces conditions il faut citer en premier lieu une robuste constitution, l'absence d'une prédisposition héréditaire, l'état général non troublé par des affections antérieures ou intoxications prolongées.

4° Toutes choses égales d'ailleurs (traitement, hérédité, constitution, genre de vie, climat, etc.) ce qui exerce l'influence la plus considérable sur la guérison de la syphilis, c'est le degré de résistance au facteur morbide de la maladie, degré qui varie d'un individu à l'autre et qui, jusqu'à présent est loin d'être suffisamment déterminé.

5° Pour arriver à expliquer d'une façon suffisante ce degré de résistance ainsi que pour expliquer les autres conditions de la guérison, on sera obligé pendant de longues années encore d'accumuler des observations exactes d'une authenticité incontestable et de ne tirer

des conclusions que sur des cas très nombreux, car des observations séparées mènent facilement à des conclusions fausses.

6° Le danger que présente la syphilis pour un organisme infecté consiste non pas tant dans les manifestations de la maladie elle-même, manifestations qui cèdent le plus souvent aux méthodes thérapeutiques contemporaines, mais dans la localisation des lésions et dans les processsus parasyphilitiques.

7° La durée de la syphilis dite latente dépend principalement non pas des propriétés du processus morbide lui-même, mais du degré de nos connaissances, du degré d'attention que nous apportons à l'examen du malade.

8° La certitude de guérir, met le malade dans des conditions plus favorables à la guérison, la même temps qu'elle donne au médecin l'autorité nécessaire pour appliquer dans toute son intégrité le traitement indiqué.

J. Roubleff.

Menus faits dermatologiques *(Die Ærztl. Praxis*, 15 avril 1900). — Jessner réunit, sous cette dénomination, une série de notes concernant des faits de la pratique de tous les jours, et n'attirent pas suffisamment, à son sens, l'attention des dermatologues.

Nævus. — Les formes verruqueuses sont justiciables de l'électrolyse, qui donne une eschare adhérente mettant un certain temps à se détacher. Il est inutile d'enfoncer l'aiguille profondément pour obtenir un résultat définitif. Les nœvus pigmentés plans seront, de préférence, soumis à l'action du collodion au sublimé à 10 0/0. Avant d'appliquer le topique, on aura grand soin de protéger le pourtour par un badigeonnage de collodion simple, par exemple. Le sublimé provoque une cautérisation profonde ; la couche superficielle de la peau est ensuite éliminée par suppuration : à ce moment, on enlèvera la pellicule ainsi détachée et on appliquera, sur le point traité, de la vaseline boriquée ou une pommade au nitrate d'argent, à 1 0/0.

L'électrolyse constituerait le traitement de choix des nœvus télangectasiques circonscrits, si les séances n'étaient pas fort douloureuses ; il est difficile d'astreindre les enfants à ces interventions, aussi se contentera-t-on, en général, de la galvanocaustie (rouge sombre) avec narcose ou anesthésie par infiltration.

L'action des rayons X ne saurait actuellement remplacer l'électrolyse dans le traitement de l'*hypertrichose* : le résultat obtenu n'est, en effet, pas définitif et les accidents assez fréquents (dermatites intenses, etc.).

Ephélides. — Il n'existe aucun traitement capable de faire disparaître la tendance aux éphélides, mais on peut cependant s'opposer, dans une certaine mesure, à l'accumulation du pigment par ses applications locales de pâte résorcinée à 10-15 0/0, d'alcool au sublimé à 1-3 0/00 : la peau finit par peler. On obtient dans certains cas, de bons résultats avec des applications de glycérine contenant 5 à 10 0/0 de carbonate de potasse. Si l'on veut éviter autant que possible toute réaction inflammatoire, on prescrira :

Précipité blanc.....	ãã 2 gr. 5
Sous-nitrate de bismuth...	
Vaseline.....	5 gr.

Us. ext. : à appliquer le soir, après un bon savonnage.

La pommade n'est enlevée que le lendemain matin. On n'obtient ainsi qu'une desquamation sans détachement de lambeaux épidermiques. Après un repos de 8 à 15 jours, on recommence les applications. Il faut continuer le traitement deux fois par semaine après que le résultat curatif a été obtenu.

Comme mesures prophylactiques, on recommandera les voiles verts ou rouges, qui mettent à l'abri de l'action des rayons ultra-violets, ou des frictions régulières à la glycérine contenant 5 0/0 de quinine.

Verrues. — L'administration interne d'arsenic donne quelquefois, au bout de deux mois environ, de bons résultats ; il est inutile de prolonger la médication si au bout de ce temps les verrues n'ont pas disparu. Comme traitement local, on choisira, de préférence, l'ablation à la curette tranchante après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, et cautérisation consécutive du point traité avec du perchlorure de fer liquide ou de l'acide trichloracétique. Comme traitement non opératoire, on choisira, de préférence, l'application de sparadrap salicylé, de savon mou de potasse, ou des badigeonnages avec : soufre précipité, 2 ; acide acétique concentré, 4 ; glycérine, 10.

E. Vogt.

Traitement du noma (*Wratch*, n° 17, 1900). — Schveitzer commence par attirer l'attention sur ce fait que tous les auteurs sont d'accord pour établir un très mauvais pronostic dans *le noma*. On a essayé, jusqu'à l'heure actuelle, de toutes sortes de traitements et dans quelques cas on a obtenu des résultats relativement favorables. Ainsi Loschner a obtenu plus de 50 p. 100 de guérisons, par la créosote. L'auteur emploie depuis trois ans, le procédé thérapeutique suivant : Après le premier examen, on enlève avec une curette tranchante toutes les portions gangrénées ; ceci fait, on lave la plaie minutieusement avec une solution d'acide borique ou bien

avec une solution chaude de permanganate de potasse au millième, après quoi on soupoudre toute la surface dénudée à l'iodoforme et on la recouvre d'un pansement sec.

Si l'on ne réussit pas à enlever du premier coup toutes les régions gangrenées, on recouvre la plaie, après lavage et saupoudrage, d'un morceau de gaze trempée dans une solution de permanganate de potasse.

Le curettage est répété les jours suivants, s'il reste des portions gangrénées. Les lavages de l'ulcération sont pratiqués deux fois par jour, le saupoudrage à l'iodoforme une fois par jour.

On surveille particulièrement l'alimentation et la pureté de l'air.

Six enfants ont été traités par le procédé que nous venons de décrire : il n'y a eu qu'un seul cas de mort, encore cet enfant n'est-il mort que d'infection généralisée. L'âge des enfants a varié de 3 à 5 ans.

Dans tous les cas la maladie est survenue à la suite de la rougeole.

La perforation de la joue n'a été observée qu'une seule fois chez une fillette de 3 ans.

En terminant, l'auteur insiste avec juste raison, sur les incontestables avantages que présente le procédé qu'il décrit : les résultats obtenus (5 guérisons dans 6 cas) sont en effet, tout à fait remarquables et aucun autre procédé ne les a donnés jusqu'à présent. Du reste, l'enfant qui a succombé a été apporté à l'hôpital avec des phénomènes très nets de septicémie.

ROUBLEFF.

Pharmacologie

D' E. VOGT

E-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Un nouvel hypnotique du groupe des uréthanes (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 juin 1900). — P. SCHUSTER et EULENBURG ont soumis à l'expérimentation le méthylpropylcarbinoluréthane ou *hédonal*, étudié auparavant par Dreser. L'action hypnotique est pour ce dernier auteur, deux fois plus forte que celle du chloral, la respiration et la circulation ne sont pas influencées, la diurèse fortement augmentée. Le médicament est entièrement décomposé dans l'organisme en eau, acide carbonique et urée.

Schuster a administré l'hédonal à 38 malades : la dose, d'abord limitée à 1 gramme par jour, fut plus tard portée à 2 grammes. Le médicament doit être administré en nature car il est insoluble dans l'eau froide, et présente en solution dans l'eau chaude, un goût trop prononcé.

Les malades traités souffraient d'affections nerveuses variées : le sommeil obtenu avait tous les caractères du sommeil naturel, et on n'observa pas une seule fois de troubles accessoires quelconques. L'effet diurétique noté par Dreser ne s'est pas manifesté.

L'effet hynoptique se produit 1/4 à 1/2 heure après l'ingestion de la poudre, et dure 5 à 7 h. si l'on donne 2 grammes à la fois.

La dose d'un gramme se montra insuffisante dans 3 cas, et celle de 2 grammes dans un cas (maladie de Basedow compliquée de bronchite suffocante).

Dans un cas, une dose de 2 grammes en lavement produisit un effet prompt et satisfaisant. Un des malades a pris 20 grammes en 12 jours sans inconvénient.

L'hédonal n'est pas un narcotique, il n'agit que dans les cas d'insomnie nerveuse ou d'éréthisme. La suggestion doit être écartée, car si on remplaçait, à titre expérimental, la dose par une poudre inerte à l'insu du malade, le sommeil n'était pas obteuu.

2 grammes d'hédonal paraissent posséder les mêmes propriétés hypnotiques qu'un gramme de trional ou 2 grammes de chloral.

Les expériences d'EULENBURG concernant le même produit ont été faites indépendamment de celles de Schuster ; elle se rapportent à 49 malades présentant des troubles nerveux variés, compliqué d'insomnie.

Le médicament a très mauvais goût en solution ; il est donc préférable de donner la poudre en nature. Il représente une modification avantageuse de l'uréthane et on se trouvera bien de l'associer au trional (trional 0,5, hédonal 1 gr.).

E. VOGT.

Contribution à l'etude thérapeutique du créosoforme en chirurgie par Eugène Alphonse PETIT (*Thèse de Paris* 1900). — Le créosoforme est, au point de vue chimique, une combinaison de créosote et d'aldéhyde formique.

Aldéhyde formique.....	4 0/0
Créosote.....	96 0/0

Selon le mode de préparation, il se présente sous des aspects sirupeux, mou ou solide qui sont des polymères.

A l'état solide, il est d'un emploi très facile et c'est sous cet état qu'on le désigne plus particulièrement sous le nom de créosoforme.

C'est une poudre sans odeur, sans saveur, insoluble dans l'eau, soluble à chaud dans les dissolvants organiques, alcool, éther, chloroforme, et soluble dans les solutions de potasse et de soude.

Le créosoforme n'est pas toxique, mais à de très hautes doses il donne la diarrhée. Si l'on voulait faire usage du créosoforme par voie stomacale, la dose thérapeutique serait de 4 à 6 grammes par jour.

Le créosote présente sur l'iodoforme et ses succédanés différents avantage : l'absence de toxicité, d'odeur et de causticité ; de plus il est bien meilleur marché que les autres antiseptiques.

Pour l'usage chirurgical dans sa clientèle de campagne, l'auteur a employé le créosoforme sous forme de poudre et pour l'injecter dans les plaies cavitaires ou dans des abcès froids, il a fait usage d'un petit appareil, qu'il recommande car il peut être stérilisé de toute pièce, et il est facilement portatif et de beaucoup supérieur au pulvérisateur employé dans les services hospitaliers.

L'appareil se compose d'une petite poire en caoutchouc et d'une petite ampoule en verre fixée sur cette poire.

La première observation de l'auteur concerne un abcès staphylococcique de la région sourcilière gauche chez une petite fille de douze ans. L'abcès fut incisé et après avoir fait complètement sortir le pus par pression, l'auteur introduisit du créosoforme par la petite ouverture et non seulement cette poudre fut mise dans la petite cavité qui restait après l'évacuation du pus, mais encore à l'extérieur et il en tomba une certaine quantité sur le globe oculaire et la conjonctive.

L'abcès fut pansé au moyen d'une mince couche de coton hydrophile maintenue par une bande en tarlatane. Deux jours après le pansement fut retiré, le petit abcès maintenu ouvert par une mèche ne présentait dans sa cavité, aucune trace de pus, mais quelques gouttes de sérosité. La poudre était restée en grande partie et n'avait déterminé aucun phénomène d'irritation locale.

La peau avait conservé sa couleur normale, le globe oculaire et la conjonctive étaient intacts, et la malade n'avait accusé aucune sensation de cuisson ou de brûlure. La plaie et ses bords furent saupoudrés à nouveau avec du créosoforme et quatre jours après l'opération, tout pansement fut enlevé, la guérison était complète.

Les mêmes résultats satisfaisants furent obtenus sur un malade de 60 ans qui présentait consécutivement à un érysipèle de la face, un abcès situé à la partie supérieure de la joue sous la paupière inférieure gauche dans la région zygomatique.

Parmi les nombreuses observations satisfaisantes relevées par l'auteur, il y a lieu d'insister sur le cas d'un petit enfant de 8 ans présentant à droite dans la région mastoïdienne, une petite adénite suppurée d'origine bacillaire. Le petit ganglion fut enlevé et l'on dénuda ainsi l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. L'opération faite, la plaie ne fut pas réunie par première intention et fut saupoudrée de créosoforme. L'enfant guérit sans présenter aucun symptôme d'intoxication et l'on constata que la plaie opératoire s'était rétrécie.

Le créosoforme appliqué sur un plegmon périnéphrétique, sur une plaie contuse du cuir chevelu, sur un abcès de la marge de l'anus, sur un anthrax de la fesse, etc., etc., a donné des résultats très satisfaisants sans qu'il ait jamais été relevé aucun inconvénient.

Il ressort de ces observations cliniques, que le créosoforme peut être employé à des doses très élevées sans que l'on ait à craindre le moindre accident.

Cependant, sachant que le créosoforme se décompose en aldéhyde formique et en créosote dans l'organisme, et qu'il contient une grande quantité de créosote, il est bon de se rappeler les symptômes précurseurs de l'intoxication créosotée, et toutes les fois qu'il se présentera chez un malade soit de l'hyperthermie ou simplement des urines noires, il faudra cesser l'application du créosoforme.

L'auteur conclut que le créosoforme peut rendre de grands services, notamment à la campagne, pour les tuberculoses osseuses. Par l'emploi de cette poudre le médecin pourra arriver directement sur la lésion, la saupoudrer de créosoforme et espérer guérir tous ses malades sans avoir à recourir à des opérations. On pratiquera, avec bénéfice les injections locales de créosoforme, car elles ont l'avantage de ne pas exposer les malades aux aléas que comporte toute intervention dans des foyers tuberculeux.

E. Vogt.

Accidents dus à l'orthoforme, par le Dr Villa, de Lyon (*Echo médical de Lyon*, 15 juin 1900). — On sait que l'orthoforme qui fait merveille sur certaines plaies telles que les gerçures du mamelon (Blondel), passe pour absolument inoffensif (1). Cela tiendrait à sa dissolution lente. Des observations récentes viennent de démontrer péremptoirement que les solutions concentrées ou la poudre agissant dans un milieu alcalin (plaies vaginales) peuvent donner lieu à des *accidents d'intoxication* dont les signes sont *locaux* : éruptions cutanées sous forme de *plaques rouge foncé*, parfois papuleuses, confluentes ou isolées, non prurigineuses, sans œdème, quelquefois formation, sur le fond rouge, de

(1) Thèse de Lyon. Ducray.

petites vésicules qui laissent écouler de la sérosité.

On peut aussi obserer de symptômes *généraux*, simulant l'embarras gastrique fébrile (céphalalgie, fièvre, vomissements, etc.). L'orthoforme n'est donc pas un produit très toxique; mais il faut compter avec l'*idiosyncrasie* des sujets et supprimer complètement son emploi aussitôt qu'apparaissent les symptômes ci-dessus relatés. On voit alors les accidents céder spontanément. Chez les nourrices, il faut recommander de bien laver le bout du sein avant chaque têtée.

A. Benoit.

Les injections de cacodylate de soude, par Maurice Letulle). *Presse médicale*, n° 34, p. 209, 1900). — Le cacodylate de soude représente un adjuvant remarquable de la cure hygiénique, basée sur l'aération, le repos et la suralimentation.

Bien, préparé le cacodylate de soude n'a aucun inconvénient: il doit être employé exclusivement par la voie sous-cutanée. Les injections sont pratiquées une semaine sur deux, ou mieux six jours en une semaine et sont suspendues la semaine suivante. Elles sont aussi toujours arrêtées pendant la période des règles.

La formule adoptée par M. Letulle est celle qu'a donnée M. Gautier ;

Cacodylate de soude	6 gr. 40
Eau bouillie.....	100 cc.
Solution d'acide phénique au 1/10.....	VI gouttes

Porter à l'ébulition, filtrer sur un filtre stérilisé, compléter le volume des 100 cc. avec gr. d'eau bouillie.

Chaque cent. cube de la solution contient 5 centigrammes de cacodylate. La région du flanc, celle de l'hypogastre ou la région fessière sont choisies de préférence.

En cas de besoin, on double rapidement la dose et l'on injecte 10 centigrammes de cacodylate chaque fois.

Les résultats ne sont pas toujours constants; bon nombre de phtisiques avancés, fébricitants et cachectiques, n'éprouvent aucun soulagement. Mais quelques-uns des plus malades en ressentent parfois d'heureux effets.

Les tuberculoses fermées et certains cas de tuberculose ouverte avec craquements humides ou même souffle cavitaire et compliqués de fièvre hectique, sont remarquablement influencés. L'appétit renaît, la fièvre se calme, les forces se relèvent, le poids du corps augmente.

G. Lyon.

Guaycurie, par le Dr Antonio Subira (*La farmacia espanola*, 7 juin 1900). — C'est le nom d'une nouvelle substance médicamenteuse dernièrement découverte par le professeur de pharmacologie de Barcelone. De l'étude botanique, pharmacologique et chimique faite par ce savant, il résulte que le nouveau produit est le rhyzome du *crysobalanus chaco*, arbuste de la famille des rosacées, tribu des crysobalanacées, qui croît dans les départements de la République Argentine. Ce rhyzome contient une résine brun-verdâtre constituant son principe actif, une matière colorante rouge, un principe extractif amer, une huile essentielle en petite proportion, des traces de tannin et de fécule et quelques petits cristaux d'oxalate de chaux.

Les habitants de ladite région se servent de ce médicament comme emménagogue associé à la racine de gentiane. Ils font une macération aqueuse avec quelques morceaux de rhyzomes, filtrent et font boire le liquide à jeun.

F. Berini.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

Traitement du rhumatisme chronique

Régime alimentaire :

Alimentation reconstituante : viandes grillées ou rôties, très cuites, cervelles, poissons bouillis, œufs, fromages mous.

Traitement interne :

Pendant les poussées aigues, employer l'*antipyrine* (1 à 3 grammes) par la bouche ou mieux encore en lavement: le *salophène* (2 à 3 grammes), le *salol* (2 à 4 grammes, Marie). Le *salicylate de soude* échoue dans tous les cas. La *teinture de colchique* est un remède inefficace et dangereux.

Dans les périodes intercalaires, l'*arsenic* et l'*iodure de potassium* sont les médicaments qui donnent les résultats les plus appréciables.

Prescrire une solution d'arseniate de soude ;

Arséniate de soude.....	0 gr. 10
Eau distillée de laurier cerise.....	50 gr
Eau distillée.....	250 gr.

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

Ou liqueur de Fowler : IV à VI gouttes à chaque repas.

On peut encore prescrire le cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 par jour, en pilules.

L'iodure se prescrit en lavement, ou par la bouche, à la dose de 0 gr. 25 à 1 gramme par jour, pendant 20 jours par mois (diluer dans l'eau, le lait, le sirop de café, la bière).

On peut associer avantageusement l'arséniate de soude et l'iodure de potassium :

Arséniate de soude.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	10 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

Une cuilleré à soupe à chaque repas.

La teinture d'iode était préférée par Lasègue à l'iodure de potassium : VIII à X gouttes, deux fois par jour, dans un vin d'Espagne ; augmenter ensuite progressivement les doses jusqu'à intolérance.

Le sirop iodo-tannique est préférable chez les sujets qui supportent mal les iodures. Dose : une cuillerée à soupe à chaque repas.

Le *fer* est souvent utile ; il est indiqué de l'administrer sous forme d'iodure de fer : une cuillerée à soupe de sirop à chaque repas.

Parmi les autres reconstituants il convient d'employer, chez les jeunes sujets, l'*huile de foie de morue*, à la dose d'une à trois ou quatre cuillerées à soupe par jour.

Les alcalins (*bicarbonate de soude*) donnés autrefois, pour répondre à des indications théoriques sont inefficaces.

Il peut être utile au contraire d'essayer la médication acide en employant l'*acide phosphorique* : X à XX ou XXX gouttes d'acide officinal, diluées dans une assez grande quantité d'eau (soit 0 gr. 50 à 1 gr. 50 d'acide) ou le *phosphoglycérate acide de soude* :

Phosphoglycérate acide de soude à 90 0/0, 220 grammes ;

Eau bouillie q. s. pour faire un litre.

2 à 3 verres à liqueur par jour (chaque verre de 20 cc., contient 4 gr. de sel).

La *lithine*, sous forme de salicylate de lithine (3 à 5 gr. par jour, Vulpian) est assez mal tolérée (troubles digestifs) et d'ailleurs inefficace.

Teissier et Roques ont préconisé l'iodure de lithine à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 (dans de l'eau gazeuse).

TRAITEMENT LOCAL :

Faire fonctionner la peau par les *frictions sèches au gant de crin*, les *frictions alcooliques*, par le *massage méthodique* qui combat les atrophiés musculaires, l'ankylose.

Les *courants continus*, l'*électrisation statique* peuvent être employés. Le bain électrique est un moyen d'utiliser l'électrothérapie, qui n'est pas à la portée de la généralité des malades.

Les liniments calmants, à base de laudanum, de chloroforme, par exemple :

Laudanum de Sydenham.....	2 gr.
Chloroforme.....	8 gr.
Huile de camomille.....	20 gr.

Sont aujourd'hui avantageusement remplacés par le *salicylate de méthyle* employé par 60 à 80 gouttes sur les articulations douloureuses, que l'on recouvre d'une feuille de taffetas gommé, ou incorporé à la vaseline :

a) Vaseline liquide.....	20 gr.
Salicylate de méthyle.....	12 gr.
b) Vaseline.....	30 gr.
Salicylate de méthyle.....	5 gr.
Acide salicylique.....	2 gr.
Gaïacol.....	4 gr.

(Cette dernière pommade est très efficace, mais d'une odeur très pénétrante). Teissier et Roques, préconisent la pommade au *dermatol* (5 p. 30)

La *teinture d'iode* ne produit qu'une révulsion des plus douteuses,

Les différents modes de balnéation sont d'un emploi courant. Le bain paraît surtout agir par la température de l'eau (que l'on peut porter progressivement à 40-45°, Lasègue).

Les bains de vapeur sont très utiles, quand il n'existe pas de contre-indication à leur emploi.

Les bains de sable chaud que l'on peut employer à domicile, ou bien à Lavey (Valais), ont une réelle efficacité (Grawitz), Le sable doit être porté à une température d'environ 50°.

Les bains médicamenteux n'ont que des avantages discutables. Guéneau de Mussey prescrivait les bains arsenicaux.

Sous-carbonate de soude	100 à 150 gr.
Arséniate de soude.....	1 à 8 gr.

avec ou sans addition de :

Gélatine.....	250 gr.

Les bains sulfureux réveillent parfois les poussées aigues (100 gr. de trisulfure de potassium par bain).

Les eaux thermales agissent plutôt par leur température que par leurs principes minéraux constitutifs. Aussi les eaux thermales dites indifférentes : Néris, Plombières, Dax, Luxeuil, Bagnoles, Chaudesaigues, Ragatz, Schlangenbad, Wildbad sont-elles des plus recommandables.

Les boues végéto-minérales chaudes (Saint-Amand, Barbottan, Dax, Franzensbad) remplissent les mêmes indications.

Les diverses eaux sulfureuses sont en général excitantes ; aussi ne doit-on les utiliser qu'à

longue distance des poussées aigues. Les principales sont les sulfurées sodiques d'Amélie-les-Bains, Ax, Bagnères-de-Luchon, Barèges, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur; cette dernière seule est sédative.

Parmi les eaux sulfureuses calciques, (Aix-les-Bains, Allevard, Baden, Saint-Honoré, Scheuznach) ou chlorurées (Aix-la-Chapelle, Lavey, Saint-Gervais, Uriage, Aix-les-Bains) sont les plus renommés.

Les eaux chlorurées sodiques : Baden-Baden, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne, Salies-de-Béarn, Salins-Jura, Wiesbaden, sont surtout indiquées chez les malades affaiblis, à nutrition languissante.

La Bourboule, très riche en arsenic; Royat, Ems s'adressent également à l'état général.

G. Lyon

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Premier Congrès international de la Presse médicale, Paris, 26-28 juillet 1900. — Le Comité d'organisation du premier Congrès international de Presse médicale (26-28 juillet 1900) a décidé d'inscrire sur son programme les questions suivantes :

I. *Questions à l'ordre du jour* 1° Opportunité de la fondation d'une Association internationale de Presse médicale. Rapporteurs : MM. Posner (Berlin), Laborde (Paris), Rubino (Naples).

2° Application des principes de la protection de la propriété littéraire à la protection de la littérature médicale. Rapporteurs : MM. Pouillet, de Maurans, et Rocher (Paris), Fasset (Etats-Unis).

II. — Autres questions : 1° Etude sur la constitution de la Presse médicale dans chaque pays. (Rapports, pour les différents pays, par les secrétaires de chaque Association, et par divers journalistes étrangers). — 2° Abus du pseudonyme précédé du mot docteur dans les articles réclames (M. Lévy). — 3° Unification de la terminologie adoptée pour la bibliographie scientifique (M. de Maurans). — 4° Affiliation des Associations de Presse médicale aux grandes Associations générales de Presse. — 5° Protection de la propriété des figures et planches figurant dans les journaux médicaux (M. Alcan, éditeur, Paris). — 6° Du journal médical gratuit. — 7° De la publicité concédée gratuitement et de ses dangers, — 8° Place donnée aux comptes rendus des Sociétés savantes et répercussion sur l'état actuel des Revues spéciales) M. Blondel (Paris). — 9° Rôle de la Presse médicale dans l'organisation des Congrès médicaux (M. Bilhaut). — 1° Des échanges entre journaux médicaux. — 11° De la publicité concédée aux Compagnies de Chemins de fer. — 12° Des polémiques personnelles et du droit de réponse (M. Jayle). — 13° De la solidarité professionnelle dans la Presse médicale. — 14° Rapport de la Presse médicale sanitaire et de la Presse politique (côté technique) au point de vue social (M. Bossi, de Gênes). — 15° De l'emploi de la classification décimale dans les publications médicales (M. le Pr Richet, de Paris). — 16° Emploi du Dictionnaire décimal international pour la traduction chiffrée des titres médicaux (Marcel Baudoin, rédacteur en chef de la « Bibliographia medica). — 17° La technique moderne des tables des matières des Revues médicales et scientifiques (emploi de la table décimale, Marcel Baudouin). — 18° Règles internationales à établir pour la transcription des noms slaves en alphabet latin. — 19° Avantages et inconvénients de la machine à composer pour les journaux de science à petit tirage. — 20° Des frais d'encartage dans les journaux spéciaux. — 21° De la reproduction en couleur dans les journaux de médecine. — 22° Reportage photographique dans la Presse médicale et Cinématographe.

Les membres du Congrès qui désireraient présenter un travail sur l'une de ces questions ou sur tout autre sujet de leur choix se rapportant à la « Presse médicale », sont priés de s'inscrire auprès du Dr Blondel, secrétaire général, 8, rue de Castellane, à Paris, avant le 1er juillet.

II. *Comités internationaux*. — Russie : Le Comité pour l'organisation de la participation de la Presse médicale russe au Congrès de la Presse médicale s'est ainsi constitué

Président, M. le Pr Wolkow ; Membres, MM. les professeurs agrégés Kotljar, Lipski et Ketschère ; Délégué, M. le Pr Podwyssotski.

Norvège : Le Comité norvégien a été constitué ainsi qu'il suit : Président, Pr E. Schonberg (Kristiania) ; Secrétaire, M. le Dr K. Hausson (Kristiania) ; Membres, MM. les Prs Nicolaysen, A. Halst, C. Leegaard, C. Baeck (Kristiania). M. le Dr Holmbae (Kristiania), Dr Hug. Vetleser (Kristiania), Dr Kl. Hanssen (Bergen), J. Sandberg (Bergen).

Suède : Le Comité suédois se compose de MM. le Pr S. Jolin, directeur du « Medicininsk Manadsrevy » ; le Dr F. Hedenius, rédacteur en chef de « Upsala lakareforenings forhandlungen » ; le Dr Tigerstede, rédacteur en chef de « Hygica ».

Séances. — Le Congrès sera ouvert le 26 juillet, au Pavillon de la Presse, à l'Exposition, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Ministre du Commerce.

Les séances des 27 et 28 juillet auront lieu à 9 heures du matin et à 2 heures de l'après-midi, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

Entrée gratuite à l'Exposition. — A partir du 20 juillet, le reçu de la cotisation sera échangé contre la Carte de Membre du Congrès, qui donnera droit à l'entrée gratuite à l'Exposition, pendant la durée du Congrès.

Voyages. — Réduction sur les prix de transport :

Des réductions importantes sur les prix du transport sont accordées par les Compagnies de Chemins de Fer et de navigation françaises et étrangères aux adhérents qui se seront fait inscrire avant le 8 juillet, auprès du Secrétaire général, le Dr Blondel, 8, rue de Castellane, à Paris.

Les Compagnies de Chemins de Fer Français accordent 50 0/0 sur le prix de chaque billet.

Le « South Eastern and Chatham Railway » accorde la même réduction qu'aux membres du Congrès de Médecine.

La Compagnie Worms (Havre, Hambourg et Bordeaux) accorde 20 0/0.

La Compagnie Havraise Péninsulaire (Havre, Portugal, Espagne, Algérie, Tunisie, Madagascar, Maurice, Réunion), 30 0/0.

La Société Générale de Transports Maritimes à Vapeur (Marseille, Algérie), 20 0/0 sur l'aller et retour.

La Compagnie de Navigation Mixte Touache Marseille, Algérie), 20 0/0.

Le Stoomwaart Maatschappy Nederland (Indes, Southampton, Gênes, Port-Saïd), 15 0/0.

Le Lloyd Autrichien (Levant, Méditerranée), 20 0/0.

La Compania Transattlantica (Barcelone, Amérique du Sud), 33 0/0.

American Line (Réduction à fixer d'après le nombre de voyageurs inscrits.

Statistique de la Faculté de Médecine de Paris en 1899. — Le rapport annuel de l'Université de Paris vient d'être publié et donne de très intéressants renseignements, sur le fonctionnement et le mouvement de l'Université : 13.771 étudiants sont inscrits à l'Université, soit 575 de moins que l'an dernier. Parmi eux se trouvent 1,015 étrangers et 551 femmes. La part de la Faculté de Médecine est considérable.

Le nombre des étudiants s'élève à 4.315 ; il était, l'année précédente, de 4.495. Cette diminution est due à l'exclusion des étudiants qui ont cessé de faire acte de scolarité pendant cinq années. Cette année 160 étudiants ont été rayés de ce fait. Parmi les 4.112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, on compte 3.542 français et 570 étrangers. Les étrangers comprennent des Suisses (21) ; des Allemands (26) : des Grecs (25) : des Roumains (79) ; des Russes (180) ; les Antilles ont envoyé 24 étudiants à la Faculté de médecine ; les Républiques hispano-américaines en ont envoyé 12. Parmi les 4,112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, on compte 3.983 hommes et 129 femmes, dont 100 étrangères (91 Russes, 5 Roumaines, 2 Allemandes, 1 Suissesse, 1 Anglaise). Parmi les 4.112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, 3.148 ont pris des inscriptions, 964 n'ont fait aucun acte de scolarité, retenus les uns par le service militaire, les autres par la préparation à l'externat. La Faculté a décerné 671 diplômes de docteur en médecine (dont 79 à des étrangers, 24 à des Russes, dont 17 femmes). Elle a reçu, en outre, 43 officiers de santé, 48 sages-femmes, 68 chirurgiens-dentistes. Le nombre des examens subis s'est élevé à 9.118 (l'année précédente 9.429 ; diminution 311). Les 9.118 examens ont entraîné 1.591 ajournements (17,40 0/0).

Parmi les vœux émis au Conseil de l'Université, nous relevons les suivants : La Faculté de médecine souhaite vivement la création prochaine de deux chaires nouvelles : de gynécologie et de chirurgie infantile. Un vote du

24 mars 1899, du Conseil municipal de Paris pourvoit déjà aux frais des deux chaires et des services cliniques qu'elles nécessitent. La Faculté des Sciences demande la création d'une conférence de mathématiques, d'une chaire de physique et d'une chaire de chimie, spécialement destinées aux étudiants du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et d'un cours complémentaire de chimie appliquée, qui sera prochainement institué sur les fonds de l'Université.

L'Ecole de pharmacie compte 1.794 étudiants dont 9 femmes. Elle a délivré 238 diplômes.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hypertrophie sénile de la prostate, par le Dr A. Guépin, professeur libre de pathologie génito-urinaire, chez Vigot frères, Prix : 3 fr.

Le Dr A. Guépin qui dans la spécialité des voies urinaires, a plus particulièrement encore étudié les maladies prostatiques dans un grand nombre de travaux dont l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine ont reçu la primeur, réunit aujourd'hui en volume ces publications éparses, les complète et les classe de manière à offrir — quoiqu'il s'en défende, — au médecin comme à l'étudiant un véritable traité théorique et pratique de l'hypertrophie sénile de la prostate.

L'ouvrage, divisé en chapitres, se présente clairement. D'abord, l'Anatomie et la Physiologie normales de la prostate et des vésicules, la description tout à fait nouvelle du lobule prostatique sont traitées en détail d'après les recherches de l'auteur. Ensuite et successivement l'exposé minutieux de l'étiologie et de la pathogénie glandulaire ou épithéliale de l'hypertrophie sénile, la démonstration de la curabilité et l'étude des formes curables de cette affection du vieillard, les complications ordinaires ou possibles (congestion, douleurs, orchite prostatique, foyer infectieux prostato-génital, cancer glandulaire), le diagnostic à toutes les périodes de l'évolution progressive de la sclérose systématisée ; le traitement enfin et surtout (la sonde à demeure dans ses modes d'actions et dans les moyens d'en faire tolérer la présence, la compression digitale ou massage raisonné, la rareté des indications opératoires, les opérations palliatives, les dangers de certaines médications).

En résumé, il s'agit encore d'un livre absolument personnel déjà attendu depuis longtemps écrit dans une langue simple, que le malade et le médecin méditeront avec profit.

Précis de Gynécologie pratique, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr C. Fournier, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Ecole de médecine d'Amiens, 1 vol. in-16 de 312 pages, avec 115 figures, cartonné. (J.-B. Baillière et fils, 19, à Paris).... 5 fr.

Les traités de gynécologie récemment parus en France, sont très volumineux et s'adressent surtout aux gynécologues de profession ; mais il n'existe pas de manuel, au courant de la Pratique moderne, à l'usage des étudiants et des médecins praticiens. C'est cette lacune que vient de combler M. Fournier.

Les premiers chapitres du Précis de M. Fournier sont consacrés aux questions générales de gynécologie usuelle : examen, antisepsie et asepsie, médications et médicaments, puis aux petites opérations gynécologiques.

Les chapitres suivants sont consacrés aux principales maladies de la femme : déplacements (antédéviations, rétrodéviations et prolapsus), inflammations superficielles (vulvite, vaginite uréthrite, bartholinite), inflammations utérines (métrites), inflammations annexielles (salpingo-ovarites), tumeurs utérines (fibrômes, cancer), tumeurs annexielles (kystes), grossesses ectopiques (grossesse extra-utérine, hématocèle), difformités acquises (déchirures du périnée, fistules).

L'ouvrage se termine par l'étude des causes et du traitement de la stérilité.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nlle Imprimerie, E. Lasnier, directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

EXCURSION MÉDICALE AUX EAUX MINÉRALES FRANCAISES

(*Suite*)

Dimanche 2 septembre 1900. — *Arrivée à Luchon* où a lieu la concentration de tous les adhérents à ce voyage, pour visiter ensuite, en groupe, les autres stations.

Rendez-vous est donné à la gare de *Luchon* (Compagnie du Midi). Chaque voyageur y arrivera isolément avec *réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer.*

Un représentant des Voyages Economiques sera sur le quai de la gare, à l'arrivée de tous les trains, pour guider les arrivants.

Dîner et coucher aux hôtels Bonnemaison et Sacaron.

Lundi, 3 septembre. — Visite de *Luchon.*

Mardi, 4 septembre. — Vers 6 heures du matin, départ de Luchon en chemin de fer pour *Capvern.* Visite. Déjeuner.

Vers midi et demi, départ de Capvern, en chemin de fer, pour Arreau.

Vers 2 heures, départ d'Arreau, en voiture, pour Bagnères-de-Bigorre *par le Col d'Aspin (1,497 mètres et la vallée de Campan.*

Dîner et coucher à Bagnères-de-Bigorre aux hôtels de Paris, Frascati, de France, Beauséjour, de Londres et d'Angleterre.

Mercredi, 5 septembre. — Visite de *Bagnères-de-Bigorre.*

Vers 6 heures du soir, départ en chemin de fer pour Lourdes. Dîner et coucher à Lourdes, Hôte de la Grotte.

Jeudi, 6 septembre. — Le matin, vers 6 heures, départ de Lourdes, en chemin de fer, pour Argelès. — Visite d'*Argelès.*

Vers 9 heures du matin, départ d'Argelès, en chemin de fer, pour Pierrefitte. De Pierrefitte à Barèges, en voiture.

A midi et demi, déjeuner à Barèges. — Visite de *Barèges.*

A 4 heures, départ de Barèges, en voiture, pour *Saint-Sauveur.* Visite de Saint-Sauveur. Dîner et coucher à Saint Sauveur. Hôtels Pinta et de Paris.

Vendredi, 7 septembre. — Départ vers 6 heures du matin, de Saint-Sauveur, en voiture, pour Gavarnie. *Excursion du Cirque de Gavarnie*

Vers 3 heures, départ en voiture de Gavarnie pour Pierrefitte ; en tramway électrique, de Pierrefitte à Cauterets.

Dîner et coucher à Cauterets, Hôtel d'Angleterre.

Samedi, 8 septembre. — Visite de *Cauterets.*

Après le dîner, départ pour Pierrefitte, en tramway électrique; puis en chemin de fer de Pierrefitte à Pau.

Coucher à Pau, Hôtel Gassion.

Dimanche, 9 septembre. — Le matin, visite de *Pau.*

Après déjeuner, vers 1 heure et demie, départ en chemin de fer de Pau pour Oloron; puis en voiture d'Oloron à Saint-Christau. — Visite de *Saint-Christau.*

Retour, à Pau, vers 8 heures du soir, dîner et coucher, Hôtel Gassion.

Lundi, 10 septembre. — Départ de Pau, en chemin de fer, vers 6 h. 40 du matin, pour Laruns; en voiture, de Laruns aux Eaux-Bonnes. — Visite des *Eaux-Bonnes.*

Vers 2 heures, départ, en voiture, pour *Eaux-Chaudes.* — Visite.

Retour, à Pau, vers 7 heures et demie du soir. Dîner et coucher, Hôtel Gassion.

Mardi, 11 septembre. — Départ de Pau, vers 6 heures et demie du matin, en chemin de fer, pour *Salies de Béarn.* — Visite de Salies.

Vers midi et demi, départ, en chemin de fer, de Salies pour Bayonne ; en tramway de Bayonne à Biarritz.

Arrivée à Biarritz vers 3 heures. Dîner et coucher aux Hôtels Victoria, Continental, Angleterre, Grand Hôtel.

Mercredi, 12 septembre. — Le matin, visite de *Biarritz.*

Après déjeuner, départ pour *Cambo.* — Visite.

Retour, dîner et coucher à Biarritz.

JEUDI, 13 SEPTEMBRE. — Départ de Biarritz, vers 7 heures du matin, en chemin de fer, pour *Hendaye*. — Visite du Sanatorium.

Après déjeuner, *promenade dans Fontarabie*.

Vers 5 heures du soir, départ en chemin de fer, pour Dax. Dîner et coucher à Dax, Hôtel de l'Europe et Hôtel Richelieu.

VENDREDI, 14 SEPTEMBRE. — Visite de *Dax*.

Vers 5 heures du soir, départ, en chemin de fer, pour Arcachon.

Dîner et coucher aux Hôtels de la Forêt et d'Angleterre, des Pins et Continental.

SAMEDI, 15 SEPTEMBRE. — Visite d'*Arcachon*, dernière station de la tournée.

Les voyageurs ont le choix, ou partir le jour même d'Arcachon pour rentrer chez eux ou rester dîner et coucher à Arcachon pour en partir le lendemain.

NOTA. — Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 avril 1900 (terme de rigueur). S'adresser au Secrétaire général, M. le Dr Caron de la Carrière, 2, rue Lincoln, à Paris.

A L'EXPOSITION DE 1900. (l'Industrie chimique allemande). — En dehors de son installation à la fois sobre et élégante, l'exposition de l'industrie chimique allemande offre à considérer de nombreux détails du plus haut intérêt, dont quelques-uns ne sauraient être indifférents aux praticiens.

Cette exposition présente un premier avantage, c'est d'être *anonyme* : le visiteur n'est pas attiré par un nom de fabricant plus ou moins bruyamment étalé, et les divers produits sont groupés d'après un classement qui pourra servir de base aux classifications futures.

La Société chimique allemande distingue deux divisions principales : A. Les produits médicinaux ; B. Les préparations physiologiques chimiques.

La division A contient 19 groupes, dans l'ordre suivant : 1° Antiseptiques ; 2° Antisyphilitiques et médicaments dermatologiques ; 3° Antihelminthiques ; 4° Antipyrétiques et antinévralgiques ; 5° Nervins, hypnotiques et narcotiques ; 6° Anesthésiques ; 7° Excitants ; 8° Diurétiques purs et cardiotoniques : 9° Purgatifs ; 10° Astringents, hémostyptiques et anhydrotiques ; 11° Toniques et amers ; 12° Antidyscrasiques (*nous dirions antidiathésiques*) ; 13° Mydriatiques et myotiques ; 14° Préparations organothérapiques ; 15° Produits bactériens ; 16° Préparations diététiques ; 17° Produits à saveur sucrée ; 18° Excipients pour pommades ; 19° Préparations industrielles, médicaments présentés sous une forme nouvelle, etc.

La division B contient 2 groupes : 1° Produits chimiques provenant des animaux se subdivisant en :

a) Albuminoïdes et leurs dérivés ;

b) Graisses et hydrocarbures :

et 2° Préparations physiologiques tirées du règne végétal.

Il va sans dire que cette classification n'a rien de mathématique : les toniques et les excitants par exemple, paraissent un peu arbitrairement choisis.

Dans chaque vitrine, on trouve des représentations artificielles des principales plantes dont sont tirés les produits exposés dans la vitrine : la plupart d'entre elles sont fort bien réussies.

Dans le groupe 1 nous remarquons des cristaux d'acide phénique et de gaïacol synthétique tout à fait remarquables ; dans le groupe 8 une série de produits au moyen desquels on part de l'urée pour arriver à la caféine synthétique, dans le groupe 18 un nombre considérable de corps gras, avec la série de leurs transformations successives pour arriver au produit chimiquement pur utilisable en pharmacie. Le groupe 19 renferme des comprimés, des pilules, des perles, des capsules, des anthrophores, etc., permettant l'administration de nombreuses drogues peu maniables.

Dans la division B se trouvent exposées de nombreuses préparations albuminoïdes, dont plusieurs servent à l'alimentation artificielle.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

par L. LANDOUZY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Laënnec,
Membre de l'Académie de Médecine

B. Indications thérapeutiques et médications applicables aux pneumoniques

(Suite et fin)

Si nous insistons ici sur l'administration qui a été faite systématiquement de la *digitale à moyennes ou à énormes doses*, dans la pneumonie, ce n'est pas seulement pour marquer qu'en réalité elles permettent d'agir sur la température; si nous insistons, c'est qu'on a cru pouvoir expliquer les statistiques étonnantes de Petrescu, en disant que ses pneumoniques avaient plutôt guéri en dépit de la digitale que grâce à la digitale, sous prétexte que ses malades, appartenant au corps d'armée de Bucarest, avaient, de par leur âge et leur validité antérieure, tout ce qu'il fallait pour que leur pneumonie marchât à la guérison spontanée.

Qu'on explique la libération des jeunes soldats roumains de leur pneumonie par la validité de leur cœur, par l'intégrité organique et fonctionnelle de leurs vaisseaux et de leurs reins, nous y souscrivons ; mais pourquoi et comment, chez eux, la fièvre moindre et la dyspnée moindre que chez pareils pneumoniques non digitalisés ? Pourquoi vouloir que chez pareils pneumoniques la digitale ne puisse avoir d'heureux effets qu'à titre exclusif de médicament toni-cardiaque ; d'autant que, dans l'espèce, si la digitale n'avait dû intervenir que contre l'asthénie cardiaque, elle n'avait rien à faire, puisque c'était partout ailleurs que de ce côté que la Thérapeutique cherchait et remplissait ses indications ? Pourquoi et comment ne voir dans la digitale, donnée d'une certaine façon, à toute une même catégorie de pneumoniques, aussi peu cardiopathes que possible, qu'un rôle purement toni-cardiaque, qu'un rôle mécanique; pourquoi lui refuser d'avoir peut-être, à son actif, d'autres effets ? Les effets toniques vasculaires qu'on reconnaît, sans plus, à la digitale, permettent-ils bien de comprendre l'abaissement de la fièvre déjà signalé par Rasori, confirmé par Traube et Hirtz ? Qui, après tout, pourrait prétendre que c'est

trop nous avancer que de nous demander, à titre d'hypothèse, si par la manière de procéder de Petrescu, conduisant *largissima manu* la digitale jusqu'aux effets cumulatifs, il ne s'établit pas chez le malade une sorte d'intoxication antidotant la toxémie diplococcique? D'autant que, sans forcer les choses, on ne peut s'empêcher, dans l'abaissement de température obtenu par Petrescu, de voir certaines analogies grandes avec les effets constatés récemment par Cantieri à la suite d'injections de sérum antipneumonique préparé à la clinique de Naples par Pane.

En somme, les effets relevés à la suite de l'emploi de deux médications si différentes sont assez exactement les mêmes : ils sont d'ordre antiphlogistique. Sous prétexte que l'hépatisation pulmonaire retentit mécaniquement sur la circulation centrale, pourquoi d'emblée vouloir n'expliquer les effets bienfaisants de la digitale que par son action anti vasculaire ? Est-ce que, par hasard, l'action vaso-dilatatrice de l'ioduré de potassium nous sert à comprendre les bons effets de la médication iodurée chez les actinomycosiques ?

Ne sachant ni comment ni pourquoi la digitale, donnée et continuée à hautes doses, abaisse la température et apporte du bien-être chez les pneumoniques, nous nous risquons à penser que la digitale, administrée de certaine manière, est quelque chose en plus qu'une médication toni-cardiaque. Nous ne tenons nullement à notre hypothèse, mais nous la proposons à ceux des médecins qui, tout en ne voyant dans l'emploi de la digitale chez les pneumoniques qu'un médicament toni-cardiaque, se laissent inconsciemment aller à l'employer alors que rien dans la symptomatologie ne marque une indication thérapeutique d'ordre cardiaque ! A ce propos, nous ne pouvons nous empêcher de penser que, peut-être, on a abusé de la spécialité qu'aurait la pneumonie de mettre *mécaniquement* le cœur en péril, comme si l'asthénie cardio-vasculaire, en matière de fièvre pneumonique, comme en matière d'autres maladies infectieuses (variole, diphtérie, fièvre typhoïde, etc.), ne relevait que des seules difficultés circulatoires créées en amont de l'hépatisation pulmonaire ! On nous accordera que c'est peut-être se montrer trop exclusif et trop organicien, que de prescrire la digitale aux seuls pneumoniques défaillants du cœur.

Ce qui nous rendrait plus éclectique, autant dans l'administration de la digitale (nous la donnons avec succès dans la pneumonie des enfants, auxquels elle procure un rée bien-être, et cela, alors que, l'action cardiaque n'est point en question) que dans nos essais d'interprétation de thérapeutique pathogénique, c'est ce fait, que si on traite les pneumoniques, de tous âges et de toutes formes, par les succédanés de la digitale, par toute la série des agents toni-cardiaques : caféine, strychnine, spartéine, etc., on ne rend pas les mêmes services aux malades, et on n'influence certainement pas la température comme on le fait avec la digitale donnée à certaines doses quasi toxiques. N'est-on pas alors logiquement amené, comme nous le disions au cours de la Thérapeutique de la Faculté (1895-1896) à se demander si la digitale n'aurait pas, *à certaines doses*, une influence neutralisante sur les toxines du pneumocoque, propriété, antidotique ou autre, qui s'ajouterait à son action toni-cardiaque et expliquerait la multiplicité de ses heureux effets ?

N'empêche évidemment que la digitale, si elle ne doit pas figurer dans le traitement réflexe de la pneumonie, doit figurer dans le traitement réfléchi de certains pneumoniques, avec et à côté de la caféine, de la spartéine et de la strychnine. A l'heure des fatigues du cœur et des défaillances nerveuses du pneumonique, nuls remèdes n'aideront mieux le malade à se remettre en tension nerveuse et en tonicité cardiaque. La petitesse la dépressibilité du pouls ; la stlase veineuse, aussi bien celle qui s'affirme par des

œdèmes commençants que celle qui se traduit par de la cyanose, indiquent l'emploi des médications toni-cardiaques, grâce auxquelles seront remises en état les fonctions nerveuses et circulatoires, d'où dépendent, avec les activités cellulaires, les dépurations viscérales et la diurèse.

Le pneumonique se trouve-t-il être *un vieillard?* la conduite de la thérapeutique reste la même, avec la préoccupation plus instante de pallier les infirmités fonctionnelles apportées par l'âge : digitale, potion de Todd, injection de strychnine, injection d'huile camphrée, potion à l'acétate d'ammoniaque ; caféine (agissant comme tonique nerveux autant que comme cardiaque et diurétique) : potion à l'extrait mou de quinquina ; régime lacté ; boissons abondantes, auront pour mission de relever les forces, de tenir en tension le système vasculaire et de pousser au maximum la dépuration urinaire, celle-ci, doublée de laxatifs légers, réduisant au minimum les intoxications exogènes et endogènes.

Pneumoniques *brightiques* et *diabétiques* seront justiciables des injections de caféine, surtout des injections massives de sérum artificiel en vue d'empêcher ou de retarder, par large hydratation des tissus, comas urémique et diabétique dont l'infection pulmonaire deviendra trop souvent la cause incidente, comme l'eût été, du reste, toute autre maladie.

Chez les *paludéens*, la quinine *largâ manu* est indiquée non seulement pendant la période aiguë de la pneumonie, mais encore aux lendemains de la défervescence.

Chez les pneumoniques *cardiopathes*, les indications seront précisées non seulement par l'état de fonctionnement du cœur, mais encore par la considération de la forme, de la nature, du degré de la cardiopathie, de la validité relative du muscle cardiaque, de la facilité ou de la difficulté des cavités à se laisser distendre, du mode réactionnel de la fibre cardiaque aux influences thérapeutiques. C'est en considération de tout cela, que la caféine, la théobromine, la strychnine, la spartéine pourront, pour la défense du pneumonique, prévaloir à certains moments sur la digitale ; c'est en considération de tout cela, que des ventouses scarifiées ou une saignée pourront se trouver indiquées.

L'*alcoolique* pneumopathique sera justiciable de l'alcool à hautes doses, associé à l'opium que l'on donnera sous forme d'extrait thébaïque ou mieux sous forme de laudanum, principalement chez les malades excités et délirants. Chez les malades déprimés, les injections d'éther, de strychnine devront être associées à l'*usage du cognac ou du rhum* dont la quantité *pro die* doit être portée à 250 grammes étendus dans un litre d'eau, de manière que le médicament soit administré d'une façon continue, à la manière de Todd, de manière à disputer, pied à pied, la pneumonie à l'adynamie.

Chez pareils pneumoniques, comme chez les *vieillards*, comme chez les malades débilités du système nerveux, tout mettre en œuvre pour qu'ils ne tombent ni en algidité, ni en collapsus : ne pas omettre surtout de veiller avec attention à ce que se produisent les gardes-robes et se fasse la miction. Que de pneumoniques n'a-t-on pas vu succomber au moment de la défervescence par ce seul fait que le médecin, donnant son attention et ses soins seulement au poumon, à la température et au cœur, n'avait pas songé, depuis soixante-douze heures, par exemple, à assurer l'exode des fèces, ni à surveiller pendant une demi-journée la diurèse. Ce sont pareils malades prostrés, asthéniés, sans réactions, sans envies, que les médications, si bonnes soient-elles, ne mènent pas à guérison, pour peu que ces médications n'aient pas été aidées par toute une série de secours et de menus soins, qui, pour être donnés sans relâche par les gardes-malades, et pour apparaître accessoires, font, d'ordinaire, que la maladie tourne à bien, ou finit mal.

C'est par la médication tonique et stimulante, aidée de ces mille soins attentifs (lavages de la bouche et des narines, changements des décubitus, asepsie de la peau, lavements, régularité des mictions, breuvages variés et abondants, etc., etc.) qu'il nous a été donné, souvent, de mener à convalescence des pneumoniques septuagénaires et même octogénaires, et cela en dépit de la léthalité grande qu'on sait faire peser sur eux la pneumococcie pulmonaire.

Chez les *femmes enceintes* affectées de pneumonie, il semblerait — les parturientes représentant les conditions d'âge favorables à la guérison spontanée — qu'il n'y eût guère place pour des indications thérapeutiques particulières. Pourtant le médecin doit ici être guidé par toutes sortes de préoccupations : militer contre la dyspnée qu'augmente l'empêchement au plein jeu de la respiration diaphragmatique ; militer contre la toxi-infection qui menace de se faire plus pernicieuse chez un organisme que la grossesse risque de mettre, pour une part, en moindre dépuration hépatique ; récuser les doses sérieuses de digitale et de quinine qui pourraient provoquer l'accouchement avant terme. En pareilles conditions, les ventouses scarifiées et la saignée (celle-ci faite largement ou répétée à vingt-quatre ou trente-six heures de distance) diminuent les difficultés de respirer, diminuent l'engouement pulmonaire et cardiaque, abaissent la température — ce qui ne saurait être indifférent pour la vitalité du fœtus, en même temps, qu'au moyen des prises de sang effectuées par l'ouverture de la veine, la femme se purge, pour une part, de ses toxines diplococciques.

Pareille médication — assez souvent indiquée dans un cas de simple grossesse — pourrait l'être doublement si quelque trouble organique ou fonctionnel rénal ne faisait pas la diurèse quantitativement ou qualitativement suffisante. Il va de soi que les excitants diffusibles, le champagne, le café, les injections de caféine ou d'huile camphrée, seraient ordonnés si les phénomènes asthéniques faisaient mine de se montrer du côté du cœur ou d'ailleurs.

Tout ce que nous venons de dire, touchant les indications thérapeutiques, de divers ordres, à saisir et à remplir chez les pneumoniques, doit porter dans l'esprit du lecteur la conviction ferme que si on ne guérit pas la pneumonie par la digitale, par l'alcool, par la saignée, par la quinine, par les antiseptiques, ni par les révulsifs, on peut, par chacun de ces moyens, séparés ou associés, mettre les pneumoniques dans les meilleures conditions pour que leur guérison ait le temps de se produire.

L'assistance que le médecin se tient prêt à donner, au jour le jour, opportunément, à tout pneumonique, il la doit d'emblée aux malades chez lesquels la pneumonie se présente dès l'abord avec les caractères symptomatiques des affections précieuses. Nous visons, pour le moment, celles des pneumonies qui se dénoncent *irrégulières*, *graves et infectantes*, dès le début, par l'aspect typhique et l'état ataxo-adynamique sous lesquels se montrent alors les malades. En pareil cas, la pneumonie, tout en se faisant connaître par sa symptomatologie pulmonaire, se dénonce d'emblée maladie *totius substantiæ*, tant se marquent l'hyperthermie, la rapidité du pouls, l'asthénie, le subdélire, le soubresaut des tendons, la tendance à l'asphyxie, la menace de collapsus, la sécheresse de la langue. Pour être volontiers l'apanage de certains alcooliques, de certains brightiques, de certains diabétiques, de certains surmenés, de certains malades relevant d'une attaque de grippe, ces pneumonies graves s'observent parfois sur des organismes non apparemment tarés, comme si l'hypervirulence du pneumocoque donnait seule à la maladie son caractère infectant.

Chez pareils pneumoniques, d'emblée gravement atteints, les indications thérapeutiques, pour être pressantes, ne sauraient, en somme, être autres que celles déjà saisies et formulées, quand il s'agissait d'assister tels ou tels pneumoniques mis en péril par quelque insuffisance viscérale : vieillards, cardiopathes, etc.

Puisque l'*asthénie* et l'*hyperthermie*, avec tout ce qu'elles traînent après elles de désordres et d'accidents, dominent la scène pathologique, les indications thérapeutiques formelles sont justiciables de la médication *tonique stimulante* et *anti-infectieuse* par excellence qu'incarne la méthode de Récamier-Brand, méthode préférable à toutes autres, puisque, contrairement aux moyens antithermiques et anti-infectieux empruntés à la Pharmacie, elle n'apporte avec elle aucun coefficient de toxicité.

L'alcool, le vin, le café, les injections de strychnine, d'éther, les potions au quinquina viendront militer contre les tendances au collapsus et à l'adynamie : les injections de caféine répondront aux indications spéciales que réclame l'asthénie cardiaque et générale. C'est à pareils états graves qu'on doit s'attaquer par les *bains froids*, plus délicats à manier, il faut bien le reconnaître, chez les pneumoniques que chez les dothiénentériques. Indiqué chez le pneumonique hyperthermique ou tachycardiaque, ataxo-adynamique non sexagenaire, non angio-scléreux, non brightique, dont le cœur est bon, le bain sera donné, toutes les deux ou trois heures, de dix minutes de durée, à 24° d'abord, puis à 22°, puis à 20°, répété, prolongé ou raccourci, réchauffé ou rafraîchi suivant la manière dont le malade aura réagi. Il va de soi, qu'en cas de difficulté ou d'impossibilité de donner les bains tièdes, frais ou froids, on devrait remplir mêmes indications par les *lavements frais* associés aux *enveloppements mouillés*, partiels ou généraux, ou encore associés aux *lotions froides*.

C'est dans cet ordre d'idées qu'on se trouvera bien encore de recourir aux *injections hypodermiques* de *sérum artificiel*, dont on variera la fréquence et la masse suivant l'état de la tension vasculaire et de la diurèse. On fera les injections *largâ manu*, si, à titre déplétif d'une part, et à titre désintoxiquant d'autre part, on a jugé à propos, par des ventouses scarifiées ou par l'ouverture de la veine, de faire, au préalable, une ou plusieurs prises de sang.

Balnéation, ou, d'une façon plus compréhensive, *hydrostimulation* et *sérothérapie artificielle* sont des méthodes thérapeutiques également applicables aux pneumoniques mis en péril ; des deux méthodes, on peut attendre le stimulus nécessaire pour remettre en tension les systèmes nerveux et vasculaire, et pour aboutir à une diurèse effective.

Pareils pneumoniques sont justiciables aussi bien de la balnéation que de la sérothérapie, parce que l'une et l'autre sont, vis-à-vis des infectés, médications antithermiques, et cela parce que balnéation et sérothérapie sont stimulantes, dépuratrices, et, comme telles, anti-infectieuses et antitoxiques. Dire, des bains frais ou froids, qu'ils sont, chez les pneumoniques typhisants, parmi les meilleurs toniques et parmi les meilleurs diurétiques ; dire, d'une façon elliptique, que le bain frais ou froid est diurétique, ce n'est que l'expression rigoureuse de la vérité, d'autant que la Clinique nous montre le bain frais être, pour les pneumoniques, d'autant meilleur antithermique et meilleur décongestif, qu'il a, chez eux, refait tonus nerveux et tonus vasculaire, et qu'il a, chez eux, rétabli la diurèse.

C'est à ce titre de tonique et de dépurateur, que, chez le pneumonique hyperthermique et ataxo-adynamique, l'analogie apparaîtra entre les effets de la médication par les injections de sérum artificiel et ceux de la balnéation, avec cette considération, toute à alvantage de la sérothérapie artificielle, que celle-ci, par son rapport hydrique, ne

procure pas seulement le *stimulus* dépurateur dont le pneumonique a besoin, mais lui apporte en plus de quoi se dépurer. Ce qui fait que, tout en considérant la sérothérapie artificielle et la balnéation comme des médications succédanées, nous associons volontiers les injections de sérum à la balnéation, c'est que, par l'apport d'un liquide neuf servant à la stimulation et à la dépuration cellulaires, l'injection saline, chez le pneumonique mis en péril, aide, plus et mieux que la balnéation, aux efforts de la *natura medicatrix* (1).

Peu d'infectés passent, d'ordinaire, aussi vite et aussi facilement de la maladie à la pleine *convalescence* que les pneumoniques : le plus souvent, celle-ci se fait franche, l'appétit réapparaissant dès la défervescence ; aussi le médecin trouve-t-il peu d'indications particulières à remplir chez son malade, qui rapidement, grâce à la diététique, retrouve toutes ses forces.

Il est, à cette règle, des exceptions représentées par ceux des malades que leur débilité naturelle, leur âge, un surmenage ou une maladie antérieurs avaient déjà trouvés fatigués. Chez pareils convalescents, la médication tonique et stimulante trouvera de quoi s'exercer (quinquina, extrait de valériane, strychnine, frictions générales, grands bains prudemment donnés, etc., etc.). Le plus souvent, la médication réussira d'autant mieux et d'autant plus vite, qu'un changement de lieu sera ordonné ; que, suivant la saison, on prescrira l'habitat à la campagne, une cure d'air ensoleillée sur la Riviera, ou une cure d'altitude.

Pareils convalescents devront être avertis qu'ils sont menacés de récidive, et que — par des précautions d'asepsie bucco-pharyngienne, dont jamais pneumoniques ne devraient se départir — il dépend d'eux de faire moindres et plus rares les chances d'une nouvelle pneumonie. A tous convalescents de pneumonie, il pourra, dans cet ordre d'idées, être avantageux de prescrire, entre autres antiseptiques pulmonaires, le carbonate de créosote. La médication sera de bonne prophylaxie : elle évitera les infections (grippe, tuberculose) qu'on a vu, au surlendemain de la pneumonie, venir se greffer sur un appareil de moindre défense et sur un terrain de moindre résistance.

(1) Voir, in *les Sérothérapies* (*Leçons de Thérapeutique et de Matière médicale*, p. 440 et suivantes), le parallèle que nous avons établi entre la sérothérapie artificielle et la méthode de écamier-Brand, appliquées au traitement des maladies infectieuses.

LA PONCTION DANS LES KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

Par le Dr Paul SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

La question de l'intervention dans les kystes hydatiques du poumon est encore très discutée. Il importe de distinguer, au point de vue thérapeutique, les cas dans lesquels il y a infection secondaire du kyste et ceux où la poche est restée aseptique. Dans les premiers, il est incontestable que le traitement chirurgical est le seul rationnel ; dans les seconds on peut hésiter entre le traitement chirurgical et la ponction. L'observation personnelle que nous rapportons ici nous semble comporter un enseignement pour la technique à suivre dans la ponction et c'est à ce titre qu'elle mérite d'être publiée :

Observation. — P. H., agée de 37 ans, peintre sur porcelaine entre à l'hôpital Beaujon le 9 février 1899, salle Monneret, n° 2, dans le service de M. le Pr Debore. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Elle a eu cinq enfants, dont aucun n'a vécu : elle a fait une fausse couche : peu de temps après son mariage, elle eut des crises de nerfs assez fortes et devint beaucoup plus impressionnable qu'auparavant. Bien portante jusqu'à il y a trois ans, elle vit l'état de sa santé devenir mauvais peu à peu, elle maigrissait, toussait et croyait être poitrinaire. Elle entra une première fois à l'Hôpital Beaujon, au mois de novembre 1897, pour une hémoptysie assez abondante : on la considéra comme bacillaire et on lui mit alors des pointes de feu aux deux sommets de la poitrine. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, elle se sentit très améliorée et reprit ses occupations.

Après sa sortie, survinrent des accidents consistant en essoufflements et palpitations pour lesquels elle consulta plusieurs médecins qui la considérèrent comme une tuberculeuse arrivée à la dernière période et prescrivirent le traitement usité en pareil cas. A plusieurs reprises elle cracha du sang en assez grande abondance : les hémoptgsies présentaient quelques particularités, elles survenaient subitement, sans prodromes, au cours d'une visite par exemple, la quantité de sang rendue en un seul crachement était assez abondante ; aussitôt après, la malade se sentait bien et ne s'en inquiétait pas.

Depuis deux mois, cette femme éprouvait des palpitations violentes, surtout en montant les escaliers, elle avait des syncopes fréquentes, devenait violacée, restait sans connaissance pendant quelques instants : le médecin qui la soignait considérait ces crises comme étant de nature névropathique.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade se sent très fatiguée : elle se trouve mal immédiatement ; aussitôt qu'elle essaie de se soulever sur son séant, la tête lui tourne, elle est obligée de s'asseoir : au bout de deux jours de repos, elle se sent très améliorée.

Etat actuel le 12 février 1899. — La malade est une femme de taille moyenne, d'aspect débile, très amaigrie, présentant le facies d'une phtisique arrivée à la période de cachexie, Le visage est pâle avec une légère teinte cyanotique des pommettes et des lèvres.

L'examen de la poitrine démontre, à la base droite, l'existence d'une zone de matité absolue remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate en arrière : dans toute cette étendue, les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire a disparu : on entend un souffle intense, un peu rude, dans la fosse sous-épineuse : la pectoriloquie et l'égophonie sont absentes. En avant, les sommets semblent normaux ; pas plus qu'en arrière il n'existe de signes susceptibles de faire soupçonner une tuberculose pulmonaire.

Les battements du cœur sont très fréquents : 100 à 110 pulsations par minute : mais il n'existe pas de bruit anormal pouvant faire songer à une lésion cardiaque.

La malade se plaint d'essoufflement au moindre effort ; monter un escalier lui est pénible : elle ressent des douleurs autour de la ceinture, parfois elle est prise d'une sorte d'angoisse avec douleur au creux épigastrique. Elle tousse rarement et son expectoration est peu abondante, spumeuse et aérée.

Les autres fonctions s'exécutent assez bien ; cependant il existe une diminution de l'appétit, mais ce qui domine c'est une adynamie extrême et profonde. La température est normale.

Le 15 février. — Etant donnée l'existence des signes physiques, qui sont ceux d'un épanchement pleural siégeant à la base droite, et pour vérifier le diagnostic, une ponction exploratrice est pratiquée avec toutes les précautions usitées en pareil cas : le liquide recueilli est clair comme de l'eau de roche et tellement caractéristique que l'idée d'un kyste hydatique s'impose. On sait que le liquide des kystes hydatiques, étant dans leur intérieur sous une certaine pression, peut s'échapper au dehors par un orifice, même capillaire, fait à la poche ; quand ils siègent au voisinage d'une séreuse, ce liquide est très facilement et très rapidement absorbé. Il est alors susceptible de donner lieu à des accidents d'intoxication d'une gravité exceptionnelle. C'est pour éviter ceux-ci qu'une évacuation immédiate fut pratiquée à l'aide de l'appareil Debove ; on eut soin de retirer le liquide avec la plus grande lenteur. On retira ainsi trois quarts de litre d'un liquide présentant les mêmes caractères que celui du liquide retiré dans la seringue.

Immédiatement après la ponction évacuatrice, la malade fut prise d'une crise de toux très violente qui cessa sous l'influence de l'injection de 1 c. g. de chlorhydrate de morphine. L'après-midi une hémoptysie abondante se produisit et se prolongea toute la journée : à six heures du soir la malade eut une syncope qui persista d'une façon inquiétante.

16 février. — La malade a un état lipothymique : elle présente de plus une éruption ortiée généralisée, très marquée à la face, au niveau de la poitrine et du dos : elle se plaint de démangeaisons insupportables : le pouls est rapide à 110 : la température, de 37° s'est élevée à 39° : l'hémoptysie a cessé.

Pendant l'après-midi, la malade a eu plusieurs « crises » : il nous est permis d'assister à l'une d'elles. Subitement, sans cause, cette femme éprouve une sensation de vertige, ses lèvres deviennent violacées, son visage se couvre d'une sueur froide, ses extrémités se refroidissent, elle reste pendant quelques minutes sans connaissance : cependant le pouls reste fort, mais il atteint une fréquence extrême, jusqu'à 140 pulsations par minute. Il existe donc une véritable tachycardie. Le traitement consiste en injections sous-cutanées d'éther, en injections de sérum artificiel (200 c. c. par jour).

17 février. — L'hémoptysie reparaît ; les crachats n'ont plus la couleur franchement rouge qu'ils avaient auparavant : ils sont noirâtres. L'examen de la poitrine révèle une dilatation notable du côté droit: il existe du tympanisme. L'auscultation décèle

l'existence d'un pneumothorax. La dyspnée est extrême, le pouls est fréquent (120 à la minute, la température aux environs de 39°. L'éruption ortiée a disparu.

Le 18 février. — L'hémoptysie continue, la faiblesse est extrême : la malade meurt sans accès de suffocation.

L'Autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort. On trouve le poumon droit adhérent à la paroi costale par une symphyse pleurale complète et creusé d'une cavité occupant ses deux tiers en hauteur, toute son étendue transversalement : il n'existe plus, au niveau de la paroi externe de celle ci, trace de parenchyme pulmonaire ; celui-ci est remplacé par une coque fibreuse souple et mince rattachée à la paroi thoracique par les adhérences pleurales dont il vient d'être question. La poche hydatique est repliée sur elle-même au milieu d'un magma sanguinolent qui l'a refoulée; il s'est fait, de toute évidence une hémorrhagie entre la paroi pulmonaire et la poche. La quantité de sang épanché est considérable : elle peut être évaluée à un litre. La paroi pulmonaire en rapport avec la cavité kystique est tomenteuse, irrégulière, assez vasculaire : elle exhale une odeur indiquant un commencement de gangrène. Cette cavité est en communication avec une des bronches de gros calibre.

Dans les autres organes il n'y a point de lésion importante. Nulle part il n'y a d'autre kyste hydatique.

En résumé, il s'agit d'une femme de 37 ans, chez laquelle un kyste hydatique du poumon a évolué en donnant lieu à des symptômes assez semblables à ceux d'une tuberculose pulmonaire, amaigrissement, essoufflement, hémoptysies ; en même temps il existait des crises de palpitation avec menaces de syncope. Les signes physiques étaient ceux d'un épanchement pleural : seules l'égophonie et la pectoriloquie aphone manquaient. La ponction exploratrice révélant par l'aspect du liquide la présence d'un kyste hydatique, l'évacuation du kyste avec aspiration fut pratiquée immédiatement ; à la suite de celle ci survinrent des hémoptysies répétées et des crises de suffocation avec symptômes de pneumothorax, des signes généraux dus à l'intoxication par le liquide kystique épanché dans la plaie. A l'autopsie, on trouva une poche hydatique énorme occupant les deux tiers du poumon droit ; la membrane kystique était décollée et un épanchement s'était fait entre elle et la paroi pulmonaire.

Ce cas a un certain intérêt clinique parce qu'on y trouve notés des symptômes qui sont un peu différents de ceux que l'on rencontre habituellement dans les kystes hydatiques du poumon : l'hémoptysie, au lieu d'être constituée par un crachotement de sang peu abondant, était au contraire soudaine, assez considérable et disparaissait immédiatement ; il existait des crises de palpitations et de tachycardie que l'on peut attribuer soit à une compression, soit à un phénonomène réflexe.

Le kyste est également anormal par son volume : il est peu fréquent en effet, que l'évolution d'une poche de telle dimension se fasse sans qu'il y ait infection. Au point de vue anatomojpathologique, une particularité digne d'être notée est l'absence presque complète de membrane périkystique, la tumeur paraissant sculptée dans le parenchyme pulmonaire.

En ce qui concerne le traitement, il importe d'abord de justifier la conduite qui a été suivie. On sait que le diagnostic des kystes hydatiques pulmonaires, surtout non suppurés, n'est pour ainsi dire jamais fait quand on pratique l'intervention : il fut pour nou

comme pour la plupart, une surprise de la ponction exploratrice. L'évacuation de la poche après les résultats donnés par l'exploration s'imposait pour la raison suivante : la simple ponction avec la seringue de Pravaz ou avec une seringue d'une contenance un peu plus volumineuse (10 ou 20 c. c.) peut avoir des conséquences très graves, quand on a affaire à une des variétés de kystes qui nous occupe, qu'ils siègent dans le parenchyme pulmonaire, hépatique ou dans tout autre viscère. En effet, il ne faut point oublier que le liquide hydatique se trouve à l'intérieur de la poche sous une pression assez élevée; quand l'aiguille exploratrice est retirée, elle laisse un petit orifice par lequel s'écoule le liquide hydatique et si la tumeur siège au voisinage d'une séreuse, il s'y déverse lentement et y est absorbé ; de là, des accidents généraux, souvent mortels, dus à l'intoxication hydatique. C'est pour cette raison que nous nous sommes hâtés de faire l'évacuation presque immédiatement : et cependant, malgré qu'il ne s'écoula pas plus de dix minutes entre la ponction exploratrice et l'évacuation des accidents généraux, urticaire, fièvre, etc., se produisirent chez notre malade. La ponction avec aspiration a été suivie d'accidents mortels, dus au décollement du kyste constaté à l'autopsie.

Ce cas doit être rapproché d'autres analogues publiés par Cornil et Gibier (1883), Mackensie, Bristowe, Leroy (*in Thèse de Behr*, 1895). Dans le cas de Cornil, la ponction avait été suivie de la rupture de la poche et le liquide faisant brusquement irruption dans les bronches avait causé l'asphyxie ; cet auteur fait remarquer, non sans raison, que l'aspiration ne lui semble point étrangère à l'éclosion des accidents : « La communication de la poche adventice avec une ou plusieurs bronches existent fréquemment, l'aspiration a pour effet d'attirer brusquement l'air sur un point limité de la tunique molle de l'hydatide, qui se laisse déprimer et se déchire au niveau de la bronche, dans laquelle le liquide fait irruption. » — Dans deux cas, l'un de Bristowe, l'autre de Mackensie, le mécanisme des accidents fut analogue. Dans notre cas, l'aspiration paraît avoir agi autrement : elle semble avoir favorisé le décollement de la membrane du kyste et avoir provoqué une décompression brusque des vaisseaux du poumon : dans ce cas la membrane périkystique étant pour ainsi dire nulle, une hémorrhagie pulmonaire s'est produite avec la plus grande facilité dans le tissu friable environnant la poche.

Au point de vue pratique, quelles conclusions résultent des faits précédents ? C'est que la ponction aspiratrice doit être absolument proscrite dans le kyste hydatique du poumon. Qu'and, croyant avoir affaire à une pleurésie, le médecin s'aperçoit, à la ponction exploratrice, qu'il est en présence d'un kyste hydatique du poumon non suppuré, il doit pratiquer la ponction simple avec un trocart capillaire, suivant les conseils des médecins australiens, et évacuer le liquide avec la plus grande lenteur : il doit se tenir prêt à une intervention chirurgicale, s'il existe la moindre menace de suppuration.

La question de savoir si l'on doit de préférence intervenir chirurgicalement ou pratiquer la ponction, quand le diagnostic est préalablement posé, mériterait une discussion approfondie. Nous n'avons point l'intention de la soulever. Ce que nous voulons simplement indiquer, c'est la conduite rationnelle que doit tenir le médecin lorsque accidentellement il reconnaît un kyste hydatique du poumon par la ponction et qu'il n'est point préparé délibérément à une intervention basée sur un diagnostic préalablement affermi.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA CLASSIFICATION ET LE TRAITEMENT DES GASTROPATHIES

(*A propos de la discussion récente à la Société de Thérapeutique*)

Par le Dr C. Lyon

Ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté

(1er ARTICLE)

La discussion qui s'est élevée lors des deux dernières séances de la Société de thérapeutique, au sujet de la classification des dyspepsies, ne jettera pas, je le crains, une vive lumière dans l'esprit des médecins, pour qui le diagnostic et aussi le traitement des différentes variétés de gastropathies constituent toujours les problèmes les plus difficiles à résoudre dans la pratique médicale.

Ce n'est pas que je veuille formuler des critiques contre ceux de mes collègues de la Société de thérapeutique qui ont pris part successivement à la discussion. Je me permets même de les féliciter d'avoir confessé leur impuissance respective à présenter une classification des dyspepsies absolument irréprochable ; ainsi que l'a déclaré avec raison M. Mathieu, une classification des dyspepsies paraît impossible en raison de la complexité des éléments morbides qui constituent par leur réunion les types cliniques. Pour ce motif, j'ai renoncé à prendre part au débat, car je n'aurais pu apporter en faveur de mes opinions des arguments plus probants que ceux groupés par d'autres en faveur de telle ou telle classification.

J'ai cependant le désir d'émettre dans ce journal quelques réflexions que mon expérience personnelle m'a suggérées et cet exposé sera pour ainsi dire le préambule d'articles méthodiques sur les divers types cliniques et le traitement des gastropathies, telles que je suis arrivé à les concevoir, *en m'appuyant exclusivement sur les observations que j'ai recueillies au cours de ma pratique.*

Je tiens surtout, — au risque d'encourir le reproche de passer pour l'un de ces sceptiques dont il a été question à la Société de thérapeutique, — je tiens surtout à protester contre l'abus, je dirai presque contre l'usage des moyens médicamenteux d'ordre chimique, dans le traitement des gastropathies. A cet égard, ma conviction est formelle, et je crois pouvoir me placer ici sur un terrain solide, celui des résultats thérapeutiques. Au début de ma pratique, j'ai fait ce qu'ont fait, ce que font encore la plupart des médecins. J'ai donné des médicaments à mes dyspeptiques, non pas d'une façon absolument empirique, mais en prenant pour guide, d'une part, mes connaissances sur l'action physiologique des médicaments employés et d'autre part les indications que je croyais trouver dans l'étude aussi consciencieuse que possible du « chimisme stomacal » de mes malades. Or, je n'ai pas tardé à reconnaître :

1°) Que l'action des médicaments, par exemple les alcalins et les acides, pour ne citer que les plus communément employés, ne concordait pas toujours avec les données physiologiques; d'ailleurs n'y a-t-il pas désaccord parmi les physiologistes mêmes sur l'action de ces agents médicamenteux ?

2°) Que je faisais fausse route en voulant traiter uniquement chez mes malades l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie décelée par l'analyse ;

3°) Que les résultats thérapeutiques étaient surtout satisfaisants quand j'instituais chez mes malades un régime sévère, à l'exclusion de toute médication systématique ;

4°) Qu'il n'existe pas de régime différent pour chaque variété de gastropathie, mais qu'en réalité le même régime peut être institué dans l'immense majorité des cas. *Tout le secret de la réussite consiste à assurer au début le repos de l'estomac* par une alimentation restreinte, suivant les cas, à un type unique ou à plusieurs types d'aliments, et à ne revenir peu à peu à une alimentation normale comme quantité et variété d'aliments, qu'en procédant par étapes successives que j'indiquerai ultérieurement;

5°) *Que les moyens physiques sont des adjuvants de premier ordre du régime*, que dans l'immense majorité des cas, ils assurent la guérison. Ces moyens sont le *repos*, *l'hydrothérapie* sous ses différentes formes, le *massage*, le *lavage de l'intestin*.

Voilà certes des moyens qui ne sont pas précisément nouveaux: ce qui est peut-être moins banal, c'est d'ériger leur emploi systématique en méthode de traitement de choix, à l'exclusion des médications d'ordre chimique, c'est enfin de professer l'opinion que tous les médicaments — à l'exclusion de quelques poudres inertes, destinées au « pansement » de la muqueuse gastrique, — sont des agents d'irritation de l'estomac, et à ce titre doivent être rigoureusement bannis.

Telles sont les conclusions auxquelles je me suis arrêté, après m'être dégagé, non sans difficulté, des influences exercées sur moi par mon éducation médicale. Parti de la théorie pour parvenir à la clinique, j'ai compris qu'il fallait au contraire partir de la clinique analytique pour arriver, si faire se pouvait, à la théorie synthétique.

Ces considérations ont besoin d'être développées ; elles sont trop générales pour entraîner une conviction. Dans un prochain article je serrerai le sujet de plus prèsent procédant, comme on le fait, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade inconnu, que l'on interroge, et je passerai en revue les *causes des gastropathies*.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement du rhumatisme (*The British med. Journal*, n° 2046, 1900). — EWART commence par se demander si la notion de la nature infectieuse du rhumatisme a pu jusqu'ici, faire faire un pas à la question de la prophylaxie. On ne sait pas encore aujourd'hui si les amygdales, porte d'entrée probable des toxines, favorisent l'infection rhumatismale, ou lui opposent une barrière. D'un autre côté, un traitement médicamenteux prophylactique n'est pas connu davantage, car les preuves de l'action des préparations iodées, p. ex., ne sont pas bien assises. Quant aux salicylates, ils pourraient à la rigueur être recommandés dans l'intervalle des crises, car leur action sur les fonctions hépatiques est très nette. Au point de vue de l'action des salicylates sur le cœur, l'auteur ne croit pas que le médicament favorise les déterminations cardiaques du rhumatisme, en diminuant la durée de l'attaque rhumatismale : il agit au contraire dans le sens opposé.

Faut-il combiner l'administration des alcalins à celle des salicylates? Les recherches de Dickinson ont montré qu'en adoptant cette pratique, l'auteur n'a enregistré qu'une complication cardiaque sur 54 cas traités, alors que le salicylate seul donne 1 sur 12.

Parmi les alcalins, le bicarbonate de soude n'est pas indiqué pour l'auteur, car il provoque du météorisme chez les malades déjà enclins aux affections gastro-intestinales. Le citrate de potasse est le sel que l'auteur préfère aux autres alcalins.

Au point de vue des complications cardiaques toujours possibles, l'auteur a été frappé de ce fait que les cas où les épanchements sont considérables et apparaissant rapidement dans les articulations, semblent être à l'abri des complications cardiaques. Il est d'un autre côté évident que chez l'enfant, où les épanchements articulaires sont peu abondants ou font même défaut, le cœur est souvent touché. L'auteur se demande en conséquence si l'emploi des vésicatoires ne serait pas indiqué quand l'afflux articulaire ne se fait pas franchement.

Le régime lacté convient au cours de l'attaque aiguë, et l'on fera bien d'additionner le lait de sel de cuisine, pour le rendre plus digestible. Il sera toujours bon, une fois la crise aiguë passée, de soumettre le malade pendant quelque temps au régime végétarien.

E. VOGT.

Emploi de l'électricité dans le rhumatisme chronique (*Medical Record*, 21 avril 1900). — MORTON préfère en général les courants statiques, qui présentent les avantages suivants : absence de sensations perçues par les malades, de contractions musculaires, activité plus grande des échanges intra-organiques, etc. D'où une influence marquée sur l'état général, rendant le malade plus apte à bénéficier du traitement local, qui consiste en étincelles *loco dolenti*.

Dans le *rhumatisme musculaire*, on appliquera des étincelles dont l'intensité sera graduellement augmentée : chaque séance produit un soulagement dont la durée augmente jusqu'à la guérison complète.

Dans la *goutte*, le souffle statique calme d'une façon remarquable les accès.

Dans le *rhumatisme goutteux*, l'application de longue durée d'étincelles statiques, sur chaque point malade, est nécessaire, ainsi que l'administration interne d'iodure de potassium.

E. VOGT.

Troisième série de cas de saignée d'après la méthode de Dyes (*Deutsche med.-Zeitung*, 28 mai 1900). — Bachmann est un partisan convaincu de la méthode de Dyes, qui consiste à pratiquer des saignées chez les anémiques : il considère que les globules rouges des anémiques sont surchargés de toxines dont l'élimination est insuffisante. Les conditions favorables au développement de cette auto-intoxication se trouvent dans le séjour habituel dans des habitations mal aérées et sombres.

En général, les malades furent soumis à une saignée de 120 grammes, qui a suffi pour modifier entièrement leur état ; rarement, une seconde intervention au bout de trois ou quatre semaines, a été nécessaire. Les trente-deux observations se rapportent à des cas de chloro-anémie, de troubles stomacaux, d'ulcères variqueux atoniques, etc.

E. Vogt.

Action des courants de haute fréquence sur certaines manifestations de petite urémie (*Revue de Cinésie et d'électrothérapie*, 20 mai 1900). — Lacaille, se basant sur des analyses urinaires faites sur les divers arthritiques et ralentis de la nutrition a reconnu que les courants de haute fréquence exercent une action très marquée sur des manifestations en apparence dissemblables, mais toutes dues à l'insuffisance de la dépuration urinaire (eczéma, migraine chronique, crampe des écrivains, accidents dus au surmenage, etc.)

Habituellement on n'admet cette insuffisance que chez les malades atteints de néphrite : l'auteur pense que cet état peut également se rencontrer momentanément chez les sujets atteints des maladies dont il est parlé plus haut. Bon nombre de malades de ce genre n'avaient jamais eu quoi que ce soit du côté du rein et cependant, à en croire l'analyse, les reins ne fonctionnaient pas normalement, momentanément du moins, puisqu'il y avait insuffisance de la dépuration urinaire. Or, ces malades reviennent par la guérison avec le traitement les courants de haute fréquence, pendant que parallèlement les analyses d'urine accusent un fonctionnement du rein se rapprochant de plus en plus de la normale.

Depuis longtemps, on a remarqué que les polysarctiques réagissent fort diversement aux traitements qu'on leur fait subir : quelques-uns se montrent même entièrement réfractaires à toute tentative thérapeutique. L'auteur a pu reconnaitre qu'en présence du traitement électrique, le même fait s'observait : l'analyse urinaire lui a donné la clef du phénomène. Seuls, peuvent maigrir sous l'influence du traitement par la haute fréquence, les polysarciques ou obèses dont les urines présentent une diminution notable dans le volume quotidien et dans le taux d'excrétion de l'urée. Ceux au contraire qui ont leur urine normale n'en auraient aucun bénéfice.

C'est-à-dire qu'un polysarcique qui excrète tous les jours 0 gr. 40 d'urée par kilo de son poids, ne maigrira pas, et celui qui, au contraire, n'en excrète que 25 ou 30 maigrira sûrement. Il est d'ailleurs à remarquer que, chose curieuse, la composition et le volume ne se modifient pas sensiblement sous l'influence de la haute fréquence chez les premiers, tandis que chez les seconds on voit très rapidement toutes les excrétions augmenter parallèlement de volume dans les vingt-quatre heures. C'est d'ailleurs là ce qui explique que l'on puisse faire maigrir par la haute fréquence.

Il est d'ailleurs à noter que les polysarciques rebelles, ceux qui ont leur urine normale, sont aussi, presque toujours, des polysarciques héréditaires et polysarciques dès le jeune âge, chez qui toutes les autres médications échouent aussi. Tandis que les autres ont de la polysarcie et de l'obésité acquise. — La haute fréquence ne rendrait service qu'aux seconds.

Les courants de haute fréquence représentant un puissant agent diurétique, seront, d'un autre côté, toujours indiqués en cas d'intoxication : l'important est d'être fixé sur l'interprétation des symptômes par l'examen des urines, qui s'impose pour toute une série de manifestations arthritiques et neurasthéniques. Si cet examen révèle un abaissement marqué de l'excrétion urinaire, on fera bien de soumettre le malade à l'action des hautes fréquences, et on le verra récupérer rapidement son état normal.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Mode particulier de guérison des fractures transversales de la rotule, par M. Lambret, de Lille (*Bulletin Méd.* N° 49-1900). — L'A. eu l'occasion, dans une intervention tardive pour fracture de la rotule, de constater que l'union fibreuse qui se fait spontanément, quand le malade est soigné par les anciennes méthodes, n'a pas toujours pour but de réunir entre eux les fragments supérieur et inférieur, comme c'est l'opinion classique. Dans le cas qu'il relate

le bord inférieur du fragment supérieur partait un solide cal fibreux, qui allait s'insérer en bas *sur le bord du plateau tibial*, laissant au-dessus de lui le fragment inférieur libre. MM. Gaudineau et Caput (*Progrès médical* 1886) ont déjà publié une observation où ce cal fibreux allait s'insérer *au bord supérieur de la trochlée fémorale*. La marche n'avait été dans ces deux cas, à aucun moment interrompue. Il semble s'agir là de l'insertion fortuite des languettes fibreuses déchirées en des points où les dirigent leurs rapports et l'effort naturel de la fonction créant l'organe.

A. Benoit.

Traitement de la fracture de la rotule ; suture tardive ; guérison par J. R. Bissell (*The New-York médical Journal*, 1900, n° 1106). — Nous avons trouvé un cas de *suture secondaire* de la fracture de la rotule, qui emprunte à des circonstances éminemment défavorables, une démonstrative sérieuse quant à l'excellence de cette opération. En effet, le sujet, qui était âgé de 48 ans, était atteint d'ataxie locomotrice et se trouvait fort anémié ; il avait subi une opération pour pyonéphrose, avait eu probablement la syphilis et avait été traité par les méthodes ordinaires pendant 7 mois. Ce n'est qu'au bout de ce temps que l'auteur entreprit la réunion osseuse par rapprochement des fragments à ciel ouvert. Il fallut deux opérations, la première ayant échoué, à cause de l'interposition d'un tissu fibreux exubérant qui remplissait toute la face antérieure de l'articulation. Une incision verticale permit enfin de libérer les adhérences et de fixer les surfaces osseuses en contact avec du fil métallique ; la capsule et la peau furent unies au catgut, en suture continue. Drainage bilatéral pendant les vingt-quatre premières heures. Malgré un accès de fièvre malarienne survenue pendant la cicatrisation de la plaie, la coaptation parfaite a été obtenue.

A. Benoit.

Plaie perforante de l'abdomen; guérison par l'immobilité et la diète absolue. — Le *Med. Record* raconte qu'un médecin de l'armée anglaise, occupé à Colenso, le 23 janvier dernier, à faire un pansement, reçut une balle dans le ventre, dans la région du colon ascendant, qui, d'après les orifices d'entrée et de sortie du projectile, ne semblait pas avoir pu échapper à la perforation. Pris de vertige, il resta étendu douze heures sur le sol; les Boërs lui offrirent de l'eau qu'il refusa. Etant à jeun au moment où il fut blessé, il continua à se tenir à la diète pendant quarante-huit heures. Huit jours après il entrait en convalescence et attribua justement à sa conduite d'avoir échappé à une péritonite mortelle.

A. Benoit.

Observations sur le traitement du cancer (*Medical Record*, avril 1900). — Robinson, après de nombreux essais, conclut en faveur de l'inefficacité absolue de toute médication anticancéreuse interne. Il ne faut pas oublier que les ulcérations cancéreuses s'accompagnent souvent de dermatite infectieuse et que cette dernière lésion peut subir l'influence de médications ou d'affections morbides qui la modifient manifestement. On peut voir p. ex., au cours d'une fièvre typhoïde, une ulcération de ce genre changer entièrement d'aspect. Fût-il même prouvé que le cancer peut disparaître sous l'influence d'une affection fébrile intercurrente, il n'en résulterait pas pour cela que le traitement par le sérum fut suivi de succès.

En revanche, l'auteur a pu reconnaître qu'en supprimant l'alimentation carnée et en faisant boire aux malades de grandes quantités d'eau, on obtient dans beaucoup de cas d'évidentes améliorations.

Le traitement local des cancers cutanés doit être fait de préférence par les caustiques : parmi eux, c'est l'acide arsénieux qu'il faut choisir. L'auteur fait un simple mélange d'acide arsénieux et de gomme arabique en poudre, en parties égales, auquel il ajoute une quantité suffisante d'eau pour obtenir une pâte molle, ayant la consistance du beurre. Avec cette pâte, on obtient en 18 heures environ une nécrose complète des tissus épithéliomateux accessibles : comme le tissu pathologique est plus attaquable que le tissu sain, la destruction se fait en profondeur, dans des régions où souvent le bistouri, s'il s'agit de la face par exemple, ne saurait exercer son action sans produire des délabrements irrémédiables.

Une fois la partie nécrosée par le caustique bien détachée, il n'est pas utile de faire un pansement antiseptique, car la suppuration, en empêchant une guérison rapide de la plaie, favorise la destruction, par le tissu de granulation, des épithéliums dégénérés non atteints par le caustique.

Dans certains cas (épithélioma du scrotum, p. ex.), l'emploi du bistouri devient nécessaire. Mais dans l'immense majorité des cas, le caustique est bien préférable et si les chirurgiens n'emploient pas plus souvent cette méthode, c'est qu'ils la connaissent imparfaitement. D'autres praticiens se servent de caustiques plus faibles, tels que l'acide phénique, le nitrate d'argent, etc., qui n'ont pas l'action élective de

l'arsenic. Le chlorure de zinc pourra rendre des services s'il s'agit de détruire des parties papillomateuses avant de passer au traitement arsenical : il faut bien se garder de l'employer pour attaquer le néoplasme lui-même, car il ne met pas à l'abri des récidives et donne lieu à des déformations souvent considérables.

Si le néoplasme est recouvert d'épithelium normal, il faut, avant d'employer l'arsenic, faire un curettage permettant d'atteindre les tissus malades.

Il va sans dire que le traitement par les caustiques ne saurait s'appliquer aux cas où existe une infection des glandes lymphatiques : mais en dehors de ces cas, en somme exceptionnels dans l'épithélioma, on peut être certain, avec l'emploi de la pâte arsenicale, d'obtenir le plus sûrement possible, et avec un minimum de déformation, la guérison du cancer épithélial.

E. Vogt.

Traitement chirurgical des hémorroïdes, par A. Bolognesi (*Bulletin général de thérapeutique* 30 avril 1900). — Les hémorroïdes ou varices des veines du rectum constituent l'une des affections les plus fréquentes que l'on connaisse.

La plupart du temps, il est vrai, elles n'apparaissent que comme un accident passager. A côté de ces cas bénins, il en existe cependant qui deviennent pour les malades qui en sont atteints, une infirmité insupportable et parfois dangereuse.

De nombreux procédés ont été proposés pour parer à cette infirmité et depuis quelques années les chirurgiens se sont préoccupés de cette question du traitement opératoire des varices des veines du rectum.

Les procédés mis en usage pour opérer les hémorroïdes sont très nombreux et ont chacun leurs partisans. D'une façon générale, on peut les diviser de la manière suivante :

1° La dilatation forcée du sphincter ;
2° La cautérisation par le fer rouge ;
3° L'écrasement linéaire ;
4° La ligature et l'incision simple ;
5° L'extirpation suivie de suture ou cure radicale.

La dilatation anale comprend deux procédés : la dilatation digitale et la dilatation instrumentale.

Quel que soit le procédé qu'on doive employer, il existe des soins préliminaires destinés à préparer les malades pour l'intervention :

La veille de l'opération, on fera prendre au malade un lavement.

L'opération s'exécute soit sous la chloroformisation, soit sous l'anesthésie locale.

En général, si l'on se sert du chloroforme, l'anesthésie sera complète; bien que certains chirurgiens se contentent de la demi-chloroformisation.

Le chloroformisateur devra toujours surveiller son malade de très près, à cause de la possibilité d'une syncope réflexe, particulièrement fréquente dans les opérations qui portent sur la région anale.

Comme anesthésique local, on peut employer la cocaïne, en injections d'une solution au 1/100 ; le chlorure d'éthyle cocaïné à 4 0/0 en vaporisation. On peut également employer le bromure d'éthyle : tout dépend de la manière de l'administrer.

Après avoir préparé tout ce qui pouvait être nécessaire au cours de l'intervention pour pouvoir agir immédiatement, on verse sur la compresse pliée 10 à 15 grammes de bromure d'éthyle et on commence par faire faire au malade une inhalation à distance pour l'habituer à l'odeur. Puis on applique hermétiquement sur le nez et la bouche, la compresse disposée en cornet. S'il se produit de l'agitation, elle est inconsciente et dure peu. Au bout de 30 à 50 secondes, la narcose est complète : la respiration régulière et calme. Cessant immédiatement et complètement l'inhalation du bromure d'éthyle, on laisse le malade respirer à l'air libre et on opère, moins d'une minute par conséquent, après le début des inhalations.

Lorsque l'opération ne dure que deux minutes, le malade se réveille tranquillement, reprenant immédiatement connaissance. L'excitation, si elle existe, est fugitive.

Dans les cas où l'anesthésie doit être plus longue, quand l'opération dépasse trois minutes, il est bon de donner une nouvelle dose de bromure au moment où le malade commence à se réveiller.

On a donné jusqu'à trois doses successives pour des opérations d'une durée de 10 à 15 minutes ; pour les opérations de plus longue durée, on fait toujours suivre le bromure du chloroforme. Le seul inconvénient de cet agent anesthésique est la persistance d'une odeur légèrement alliacée de l'haleine.

Certains chirurgiens pratiquent la dilatation forcée à l'aide des pouces et des index.

Pour les partisans de la dilatation digitale, l'instrument agit sans circonspection et risque de contusionner ou de déchirer, soit le rectum, soit le paquet variqueux, tandis qu'avec les doigts, on peut éviter d'exercer une pression sur les hémorroïdes et déployer une force exactement proportionnelle à la résistance à vaincre.

Les adversaires de la dilatation digitale lui reprochent le manque d'anesthésie et d'être en outre très douloureuse à supporter.

Ces objections sont faciles à détruire, car grâce à l'anesthésie locale, à la cocaïne ou au chlorure d'éthyle cocaïné, on peut pratiquer la dilatation digitale de l'anus sans faire souffrir les patients, sans avoir besoin, dans les cas simples, de donner du chloroforme.

Certains chirurgiens préfèrent à la dilatation digitale l'emploi d'un instrument spécial construit *ad hoc*. Verneuil employait un spéculum bivalve ordinaire, mais cet instrument présentait quelques inconvénients qui amenèrent Trélat à construire un spéculum spécial.

Nicaise a imaginé un instrument à trois branches qui remplit l'usage du spéculum ani ordinaire et du dilatateur anal. Si cet instrument est inférieur à celui de Trélat au point de vue de l'écartement qu'il peut produire, il a sur lui l'avantage d'être plus facile à manier, de n'exiger qu'un temps opératoire et de diminuer considérablement la durée de la manœuvre.

Les suites opératoires, dans les deux procédés, digital ou instrumental, sont des plus simples : il n'y a à signaler que de la lassitude et quelques douleurs locales qui persistent peu de temps; chez certains malades, il peut se produire de la dysurie et un peu de catarrhe rectal dont on vient facilement à bout.

Ce procédé n'est que palliatif et on voit généralement au bout d'un temps variable, reparaître les hémorroïdes et tous leurs inconvénients.

La dilatation forcée du sphincter anal en tant que traitement curatif des hémorroïdes, est presque complètement abandonnée aujourd'hui. Les indications se réduisent à peu de chose; insuffisante contre les hémorragies et les hémorroïdes procidentes, difficiles à réduire ou irréductibles, elle sera tout au plus indiquée dans les cas d'hémorroïdes compliquées de fissure, lorsque le symptôme douleur domine, les masses variqueuses étant peu abondantes, quelques petites ampoules veineuses apparaissant seules à la marge de l'anus : les hémorroïdes peuvent être considérées comme l'équivalent de la fissure.

La dilatation forcée guérira cette fissure et souvent les hémorroïdes, n'étant plus douloureuses, ne nécessiteront plus aucune opération.

Mais si, la contracture du sphincter existant ou non, les hémorroïdes sont procidentes et volumineuses, la dilatation anale ne saurait à elle seule assurer la guérison d'une façon définitive : elle ne doit alors que constituer le premier temps d'une opération plus radicale.

E. Vogt.

L'arsenic comme moyen de diagnostic dans le traitement de l'épithélioma (*Deutsche med. Zeitung*, 14 juin 1900). — Prunecek revient sur les avantages du traitement préconisé par lui dans les cas d'épithélioma, dont il a déjà été question dans cette Revue. Il s'agit de badigeonnages avec : acide arsénieux 1 gr., alcool absolu et eau distillée ãã 75 gr. Ce traitement présente un grand avantage, au point de vue diagnostique, car, en cas d'épithélioma, il se forme sur le néoplasme une croûte brun-noirâtre qu'on ne pourrait détacher sans faire saigner, tandis que l'on n'observe rien de pareil quand l'infiltration épithéliomateuse fait défaut : dans ce dernier cas, la croûte tombe facilement et elle ne présente jamais la coloration caractéristique. Il est donc très facile de se rendre compte des progrès de la cicatrisation et de déceler les récidives au moyen de ces badigonnages.

La méthode permet en outre de reconnaître que, dans une ulcération donnée, il peut fort bien arriver que des parties ulcérées ne présentent aucune infiltration épithéliomateuse, et que, si une partie de ce genre est seule soumise à l'examen microscopique, le diagnostic vrai peut ne pas être fait.

La coloration noirâtre de la croûte se produisant aussi dans les cas où aucune hémorragie n'est observée, il faut admettre qu'il existe dans les cellules carcinomateuses une subtance spéciale, présentant de l'affinité chimique pour l'arsenic. Le stroma ne contient aucune substance de ce genre.

Le traitement arsenical s'impose donc, autant au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique, dans tous les cas de carcinome accessibles aux topiques, lorsque les ganglions ne sont pas atteints.

E. Vogt.

Traitement chirurgical de l'ulcère de jambe, par le Dr San Martin (*Communication à l'Académie Royale de Madrid. — Revista de Medicina y Cirugia Practicas*, 21 avril 1900). — Le Dr San Martin présente un sujet souffrant depuis douze ans d'ulcères des jambes ; au moment où il entra à sa clinique, il en existait cinq, avec des bords calleux; la jambe avait l'aspect éléphantiasique. Dans une même séance, l'auteur pratiqua sur ce malade, la résection de trois centimètres de la veine saphène interne au dessous du genou et l'élongation du nerf sciatique poplité externe. Ce cas est le premier où l'on a associé dans la même séance, l'intervention préconisée par Trendelenburg et celle recommandée par Chipault.

La résection veineuse n'offre pas de difficultés, l'élongation nerveuse est une opération simple : il faut se guider, du côté externe, sur la tête du peroné et l'insertion du biceps. Le nerf doit

être non seulement distendu, mais encore déplacé pour laisser libres les cordons nerveux qui pourraient être enserrés par les tissus de nouvelle formation.

Le résultat a été excellent.

Le Dr San Martin se propose d'obtenir la guérison par première intention des ulcères pas trop grands en ajoutant aux résections nerveuses et à la traction nerveuse, la dissection de la peau saine environnante et la suture des bords.

F. Berini.

De l'emploi, comme greffe, du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule. par Ch. Amat (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1900). — L'auteur appelle l'attention sur ce fait que la méthode employée et décrite par le Dr Max Schuller intitulée : *Pellicule de l'œuf et greffes cutanées*; n'est pas une méthode découverte par cet auteur. Il rappelle un article paru dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* de mars 1895, où il expose lui-même la technique de la greffe et ses indications. Cet article a paru six ans avant la méthode dite originale qu'emploie M. Max Schuller.

L'auteur donnait à cette époque des soins à un jeune homme, pour une large plaie de la région dorsolatérale du pied droit, consécutive à une brûlure par l'eau bouillante. La réparation se faisant lentement, il proposa de faire quelques greffes épidermiques. La proposition n'ayant pas été acceptée, l'auteur se souvenant de la vascularisation très nette que l'on constate sur le feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule au moment de l'éclosion du poussin songea, escomptant cette latente vitalité, à tenter de greffer ce feuillet.

Ces greffes posées en assez grand nombre ne germèrent que sur un ou deux points; ce résultat, quoique assez faible, amena l'auteur à tenter cette méthode dans différentes occasions dont ces observations réunies accusent un huitième de résultats favorables.

Voici la technique suivie par l'auteur :

La vie latente de la membrane coquillière étant d'autant plus accusée que l'œuf est plus frais, il faut employer, pour les greffes, des œufs du jour ou de la veille, et de préférence, des œufs fécondés.

Lorsque les pansements successifs ont supprimé la suppuration de la plaie et provoqué un bourgeonnement de bon aloi, l'auteur maintient pendant tout le temps de la préparation du tissu à transplanter, la région à l'abri de l'air en la recouvrant de quatre ou cinq doubles de gaze phéniquée.

Après avoir cassé un œuf aussi frais que possible et laissé écouler le jaune et le blanc liquide, on va saisir, au moyen d'une pince à dents de souris, au fond de la grosse extrémité, un relief formé par la « chambre à air » : on attire à soi une bandelette de ce tissu formé par le feuillet interne de la membrane.

Ces bandelettes formées par le feuillet interne de la membrane coquillière peuvent être détachées sur une dimension de 4 à 5 millimètres de large, coupées d'égale longueur ; on les dépose directement avec la pointe des ciseaux auxquels elles adhèrent sur la plaie découverte. Les greffes ne se recroquevillent pas et appliquées par leur surface albumineuse, adhèrent intimement.

Il n'est pas toujours aisé de n'appliquer que le feuillet interne. Quand on veut faire des greffes nombreuses et que l'on est obligé de prendre ailleurs que dans le voisinage immédiat de la chambre à air, le feuillet interne et le feuillet externe sont accolés. L'auteur ne sait si une telle façon de procéder nuit à la réussite de l'opération.

Il place ses greffes à 12 ou 15 millimètres de distance et les recouvre avec un petit morceau de papier d'étain de 1 centimètre carré, environ appliquant par dessus le tout quelques doubles ds gaze phéniquée.

Ayant constaté que pendant l'incubation de l'œuf, la membrane se vascularise, l'auteur l'avait employée, escomptant simplement cette vitalité latente particulière. Le savant berlinois a trouvé, lui, que ce pouvoir histogénique, résulte de la présence de cellules épithéliales sur le côté albumineux de la pellicule.

Enfin, M. Max Schuller ne signale que des succès dans ses tentatives de greffe. Si le résultat était constamment favorable, il y aurait vraiment lieu d'abandonner même les meilleurs procédés autoplastiques qui donnent bien souvent des mécomptes, pour n'employer que la pellicule de l'œuf. L'auteur n'a pas été surpris, en ce qui le concerne, de rencontrer plus de revers que de succès. Selon lui, la greffe par la membrane coquillière constitue un procédé exceptionnel d'anaplastie qu'il convient plus particulièrement d'employer chez des enfants, des femmes, des sujets pusillanimes. Il faut ajouter qu'elle donne un tissu de cicatrice souple, faiblement rétractile.

Comme la technique de l'auteur pourrait être rendue responsable du petit nombre de succès obtenus, il tient à faire connaître celle qu'emploie M. Max Schuller.

Il suffit, après avoir brisé la coquille d'un œuf frais, et avoir laissé couler le jaune et le blanc liquide, de détacher de l'enveloppe calcaire en aussi grands morceaux que possible, mais sans attouchement, froissement ou écrasement, la membrane coquillière, de la placer aussitôt par

son côté albumineux sur la surface granulée, préalablement purifiée et tamponnée avec une matière pulvérulente sèche stérile, et de terminer par un simple bandage d'ouate ou de gaze stérilisée par la vapeur. Parfois, il faut encore immobiliser les extrémités par des attelles afin d'éviter tout déplacement de la pellicule étendue sur la plaie. Il n'est pas nécessaire que les petits morceaux de membrane recouvrent ou touchent la peau normale; le contact intime avec la surface granulée, est une condition capitale. Les liquides et les poudres antiseptiques (même la poudre d'iodoforme) sont à proscrire, parce qu'ils peuvent facilement endommager le jeune épithélium, mais on peut les employer sans inconvénient au préalable: on doit même le faire, pour préparer la plaie à la formation de l'épiderme. Les plaies seront complètement aseptiques, sans suppuration et sans décollement des tissus. Au changement de bandage, entrepris le plus souvent après quatre jours et même quelquefois plus tôt, la membrane coquillière se laisse le plus souvent facilement enlever. On remarque sous elle une couche épithéliale blanche ou d'un blanc azuré.

Grâce à la facilité avec laquelle on trouve le tissu à transplanter, ce procédé de greffe par la membrane coquillière de l'œuf, se répandra rapidement.

E. Vogt.

Anesthésie locale d'après le procédé de Schleich (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 3, 1900).— Trofimoff a employé le procédé sus-indiqué dans 376 opérations différentes et il a constaté que par ce procédé, on pouvait obtenir l'anesthésie complète dans toutes les régions du corps.

Cependant, dans certaines régions, la période de l'imbibition des tissus qui précède leur anesthésie est excessivement douloureuse. A cette catégorie appartiennent les doigts, surtout leur face palmaire et les portions du visage où la peau n'est pas très mobile. Sur des tissus enflammés, l'anesthésie ne s'obtient également qu'après une recrudescence préalable des douleurs.

Dans tous les cas où le procédé de Schleich n'est pas applicable, on peut le remplacer avec succès par le procédé d'Oberst avec application de la bande élastique.

La durée de l'anesthésie d'après la méthode de Schleich est tellement suffisante qu'elle permet de pratiquer des opérations comme la herniotomie, l'application d'une fistule gastrique, etc. En moyenne, l'anesthésie dure de 25 à 30 minutes. Cependant cette méthode présente un grand inconvénient qui consiste notamment à faire disparaître les démarcations entre les tissus et à modifier les rapports topographiques; cet inconvénient est particulièrement grave dans les cas où l'on opère dans une région importante comme la région cervicale.

Les plaies se cicatrisent dans la majorité des cas par première intention; mais cette cicatrisation exige 1 1/2 à 2 fois plus de temps que dans les conditions habituelles.

Cette méthode présente encore deux inconvénients : la minutie du procédé et la perte du temps. Ces avantages au contraire sont : sécurité complète pour le malade et la possibilité d'opérer sans aide.

J. Roubleff.

Compresses de soude et d'argile blanche comme objets de pansement (*Medicinskoë Obosrenie*, n° 3, 1900). — Depuis plus de deux ans, Botschkovsky emploie dans les processus suppuratifs, des compresses à la soude (à 2 0/0).

Dans un grand nombre de cas, les résultats obtenus ont été frappants : les phénomènes inflammatoires disparaissent en même temps que la suppuration s'améliore rapidement. Dès qu'on remplace ces compresses par la gaze iodoformée ou par le xéroforme, l'aspect des plaies devient plus mauvais en même temps qu'augmente la suppuration.

Les compresses à la soude ne sont employées qu'après avoir ouvert les foyers de suppuration évacués et le pus. Dès que la suppuration s'arrête, on panse les plaies avec de la gaze stérilisée ou même avec de la gaze simple.

Dans le traitement des plaies suppurées (abcès, panaris, furoncles, etc.), l'auteur a aussi essayé l'argile blanche pure soumise à une haute température (150 à 160°). L'argile dessèche la plaie, mais il se forme alors à sa surface une croûte solide sous laquelle le pus s'accumule. Enlever ces croûtes est une opération assez difficile et douloureuse. En outre la suppuration dure longtemps. Enfin l'argile provoque de nouveau la suppuration après que celle-ci est complètement tarie.

L'argile blanche, proposée pour la première fois par Stumpf, il y a deux ans, semble donc ne présenter aucune utilité.

J. Roubleff.

Sur la stérilisation du matériel de suture par Sticher (*Clinique gynéc. de Breslau. Centralb. für Gynek.*, n° 1, 1900). — Un bon matériel de suture doit remplir les quatre conditions suivantes :

1° Etre absolument stérile c'est-à-dire que la stérilisation a dû y détruire tout germe; et

qu'aucun germe nouveau n'a pu s'y développer depuis et jusqu'au moment de sa conservation :

2° Etre solide, ne pas se rompre au moment de la ligature, ni se résorber trop tôt ;

3° N'être pas irritant, donc ni trop gros, l'irritation était proportionnée au volume du corps étranger, ni trop fin pour ne pas couper ;

4° Etre bon marché et, si possible, pouvoir être préparé par chaque praticien,

Selon l'auteur, la seule méthode assurant la stérilisation est celle de Kronig : le fil est porté pendant une heure à une température de 155-160° dans un milieu liquide, le cumol, qui bout à 168°, et dont on débarrasse ensuite le fil en le lavant dans l'essence de pétrole ; après évaporation, le fil est sec et entièrement stérile,

Malheureusement la méthode Kronig exige des manipulations nombreuses pour la conservation du fil, au cours desquelles l'accès de germes nouveaux n'est pas impossible. D'autre part, le catgut présente toujours une structure inégale : en certains points il est blanchâtre, aminci, pliant facilement et, en ces points, il se déchire au moment de la ligature ; donc le catgut ne satisfait pas toujours à la seconde condition. En troisième lieu, le nœud formé par un fil de catgut est représenté dans les tissus par un corps étranger assez volumineux, surtout le catgut sec obtenu par la méthode de Kronig. Enfin le catgut est d'un prix trop élevé.

Au point de vue des trois dernières conditions, Küstner emploie depuis assez longtemps le chanvre, employé tout d'abord par Linhart, puis recommandé par Treudelenburg, Lawson Tait et Pagenstecher.

Voici la méthode employée par l'auteur à la clinique de Küstner, à Breslau, pour stériliser le fil de chanvre :

Le chanvre est coupé en fils de 35 centimètres de longueur ; 12 à 14 de ces fils sont reliés ensemble dans leur milieu par un petit fil de chanvre ; le paquet de fils, qui a dès lors 17 centimètres de longueur, est maintenu roulé en anneau par un nouveau fil de chanvre.

Il est inutile de dessécher le chanvre comme on doit le faire pour le catgut.

L'anneau de fil de chanvre est placé dans un vase cylindrique en porcelaine dont le fond est perforé d'un certain nombre d'orifices. Il n'y a pas de couvercle, mais une anse métallique par laquelle on peut tenir le vase. Celui-ci est placé dans un verre en forme de gobelet rempli aux deux tiers de cumol : vase en porcelaine et anse doivent plonger dans le cumol ; pour protéger le verre, on recouvre son fond d'un tampon. On le plonge ensuite dans un pot émaillé plus grand, à diamètre supérieur de 6 centimètres, dans le fond duquel on a placé une couche de sable de 4 centimètres de hauteur : on remplit de sable l'espace entre le pot émaillé et le verre,

On chauffe et on maintient une température de 155° à 165° pendant une heure, un thermomètre plongeant dans le cumol à cet effet.

Pour éviter l'inflammation des vapeurs du cumol, Kronig recouvre le verre d'une toile métallique formée de deux moitiés embrassant le thermomètre.

Quand la stérilisation est déterminée, on écarte chaque moitié de la toile métallique, on enlève le thermomètre et, à l'aide d'un fort fil de platine recourbé en crochet, fixé à une tige de verre, et porté d'abord à l'incandescence, on transporte le vase en porcelaine dans l'essence de pétrole. Le cumol s'écoule alors par les trous du fond du vase dans le verre ; ce qui en reste est enlevé par le pétrole. Trois heures après on plonge de la même manière le vase en porcelaine dans un gobelet stérilisé à l'autoclave ou, ce qui vaut mieux, dans de l'alcool fort. (Le cumol peut reservir de nouveau).

R. Blondel.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Le traitement des fermentations gastriques, par A. Robin (*Médecine moderne*, n° 47, p. 369, 1900). — Il est un fait démontré expérimentalement (G. Linossier et Lemoine) c'est que le bicarbonate de soude administré pendant la première période de la digestion gastrique favorise les fermentations.

Il n'a pas moins une action utile immédiate, en saturant les acides et en empêchant ainsi leur action irritante sur la muqueuse. D'ailleurs pour saturer les acides, on peut employer d'autres alcalins, le carbonate de chaux et la magnésie, qui n'ont pas l'action excito-secrétoire du bicarbonate de soude. On pourra prescrire :

Carbonate de chaux précipité	1 gramme
Sous-nitrate de bismuth.....	0 gr. 20 à 0,60
Chlorhydrate de morphine...	0 gr. 001 à 0,002
Magnésie calcinée.....	0 gr. 75 à 1 gr.

Pour un paquet, à prendre en une seule fois dans un peu d'eau, au moment où le patient perçoit la sensation du pyrosis.

On peut associer le bicarbonate de soude à

petites doses au carbonate de chaux et à la magnésie et administrer le mélange aussitôt après le repas. On prévient ainsi et on modère parfois les fermentations acides :

Carbonate de chaux précipité.....	6 grammes
Magnésie calcinée.....	4 —
Bicarbonate de soude.....	4 —

M. s. a. et divisez en 12 paquets. Prendre un de ces paquets dilué dans un peu d'eau immédiatement après le repas.

L'emploi de l'acide chlorhydrique est aujourd'hui jugé en doctrine et en fait. Nous savons que cet acide n'empêche aucune fermentation. Cependant on pourrait le prescrire, d'après M. Robin, en cas de fermentations surajoutées à la gastrite chronique ou à la dyspepsie hypostbénique avec hypochlorhydrie (?). Dans ce cas, on conseillera un verre à madère d'une solution d'HCl à 1 ou 2 0/0 au milieu du repas et un autre à la fin. Quant à l'acide lactique, il retarde ou empêche la digestion, peut provoquer de l'hypersécrétion gastrique et de l'hyperchlorhydrie.

Les antiseptiques : naphtol, benzo-naphtol, salol, etc... sont aujourd'hui abandonnés. Les hautes doses sont irritantes, les petites ne jouissent d'aucun pouvoir antiseptique et même ont pour effet d'accélérer quelquefois les fermentations. D'ailleurs, on ne s'est jamais entendu sur le choix du meilleur antiseptique stomacal.

On peut avoir recours à l'antiseptie stomacale indirecte qui consiste à inhiber l'action des ferments figurés sans entraver l'activité des ferments solubles, des zymases. M. Albert Robin préconise dans ce but trois médicaments : le fluorure d'ammonium, l'iodure double de bismuth et de cinchonidine et le soufre iodé.

Le fluorure d'ammonium est employé dans les industries des bières et de la distillerie, depuis les travaux de J. Effront, pour arrêter la fermentation lactique qu'il inhibe à la dose de 1 0/0. D'autre part, les ferments solubles de la salive, du suc gastrique, du suc pancréatique, conservent leurs propriétés même au contact d'une solution de fluorure d'ammonium à 1 0/0, qui inhibe le bacille du choléra, le staphylococcus pyogènes, aureus, etc...

Les fluorures sont peu toxiques, ils ne le sont en aucune façon aux doses thérapeutiques. M. Robin fait prendre, à la fin du déjeûner et du dîner, une cuillerée à soupe de :

Fluorure d'ammonium.....	0 gr. 10 à 1 gr.
Eau distillée.....	300 grammes

soit 0 gr. 01 à 0 gr. 10 de fluorure d'ammonium par 24 heures.

L'iodure double de bismuth et de cinchonidine (erythrol) se prescrit ainsi :

Iodure double de bismuth et de cinchonidine.....	0 gr. 02 à 0 gr. 10
Fluorure de calcium.....	0 gr. 02 à 0 gr. 10
Magnésie calcinée.....	0 gr. 10

pour un cachet. Un à la fin de chaque repas.

Le soufre iodé (préparé par Prunier) rend de grands services quand les fermentations affectent le type gazeux. On doit prescrire le soufre iodé de la formule S 16 I, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par repas, en un cachet.

Le lavage de l'estomac est aujourd'hui bien déchu de sa vogue primitive ; il a le grand inconvénient de troubler la nutrition en soustrayant une trop grande quantité de résidus alimentaires, quand il est fait à distance des repas, d'autre part, fait à jeun il ne remédie pas aux fermentations qui se produisent après l'ingestion des aliments. On le réserve presque uniquement aux cas de stase par sténose.

Les purgatifs constituent un dernier moyen d'antisepsie indirecte. M. Robin conseille d'employer le soufre :

Soufre sublimé et lavé Magnésie calcinée....	ÂÂ 10 grammes

F. s. a. 6 paquets. Un à deux par jour, à la fin du déjeuner ou du dîner.

Soufre sublimé et lavé..	50 grammes
Poudre de séné.....	20 —
Essence de citron.....	0 gr. 30
Sirop de sucre.....	qs.

Pour faire un électuaire solide, dont on prendra une cuillerée à café en se couchant.

G. Lyon.

L'atropine contre l'hyperchlorhydrie, par le Dr Antonio Llobet (*Revista de Ciencia Medica de Barcelona*, nos 6 et 7, 1900). — Les conclusions du consciencieux travail de l'auteur sont les suivantes : 1° L'hyperchlorhydrie n'est pas une entité morbide, mais seulement un phénomène qui survient et accompagne à plusieurs états morbides de l'estomac et autres organes ;

2° Sa genèse se doit à une lésion anatomique qui se forme dans n'importe quel endroit de l'appareil secréteur du suc gastrique et que quand il réside dans les glandes pepsiques est de nature congestive d'abord et inflammatoire ensuite, dépendant, dans ce dernier cas, de l'état structural de la muqueuse gastrique;

3° L'atropine administrée avec opportunité avant les repas, produit comme premier effet constant et caractéristique, la dépression de la secrétion du suc gastrique, mise en évidence par la diminution de la quantité d'acide chlorhy-

drique libre constatable par l'analyse et par la moindre quantité de chlore combiné aux substances albuminoïdes. Par conséquent, il doit être considérée comme modérateur de la secrétion gastrique;

4° Cette action se manifeste toujours la même, n'importe quel soit l'état anatomique de la muqueuse gastrique;

5° Après un temps variable entre deux et six jours, à compter depuis l'administration de la première dose d'alcaloïde, ses effets modérateurs sont nuls, récupérant très vite l'acide chlorhydrique libre son chiffre primitif:

6° Les voies d'introduction du médicament, bien par la voie hypodermique, bien par ingestion, sont indifférentes, à condition que le pouvoir absorbant de l'estomac soit dans son intégrité;

7° La dose appropriée pour que le sulfate d'atropine détermine son action est, en général, d'un demi-milligramme, administré trente minutes avant les repas. Quand la secrétion chlorhydrique est très exagérée, cette dose peut ne pas suffire, devant être augmentée en proportion de l'intensité de l'hyperchlorhydrie :

8° Pendant le cours de la médication surviennent des modifications de nature sensitive et motrice, si désagréable que dans quelques occasions, ils forcent à suspendre son emploi;

9° Ces expériences démontrent en définitive qu'on doit laisser de côté l'atropine sous le point de vue du traitement de l'hyperchlorhydrie.

F. Berini..

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux, par Rénon et Latron (*Société médicale des Hôpitaux*, 22 juin 1900). — L'aspirine (acide acétylo-salicylique) a été utilisé par les auteurs contre la fièvre tenace des tuberculeux. Ils ont donné ce médicament à la dose de 1 à 3 grammes par jour aux phtisiques les plus atteints de leur service, minés par la fièvre hectique. Dans les trois quarts des cas, l'effet antipyrétique a été immédiat. La température baissait de 1, 2 et même 3 degrés dans l'après-midi, avec tendance à remonter le soir vers 8 ou 9 heures. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant son emploi.

L'apyrexie ne manquait jamais avec 3 grammes; les doses de 2 grammes et même de 1 gramme ont été parfois suffisantes.

Le plus grand inconvénient du médicament (inconvénient commun à tous les antithermiques, réside dans les transpirations abondantes qui marquent l'abaissement de la température). Quant à la tolérance gastrique, elle a été absolue.

M. Faisans fait remarquer qu'il n'y a aucun avantage à faire tomber la fièvre des tuberculeux pour la remplacer par des sueurs profuses. C'est, avant tout, la cause qu'il faut combattre.

G. Lyon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le menthol (*Journal de médecine militaire russe*, n° 3, 1900). — Le Dr S... (le nom n'est pas mentionné) fut atteint, en 1894, d'une pneumonie à la suite de laquelle il ne s'est jamais rétabli complètement. Depuis ce moment, il est survenu de la fièvre et de la toux. Bientôt l'examen des crachats y a décelé la présence des bacilles de Koch. Pendant cinq ans, l'auteur s'est soumis à toutes sortes de traitement sans succès. Il n'y avait pas cependant de destruction du tissu pulmonaire. En 1898, l'auteur a commencé à se soigner par le menthol. Celui-ci sous forme d'inhalation, a déterminé une rapide amélioration. Les bacilles ont complètement disparu des crachats: il n'est resté qu'un léger essoufflement, mais la toux, la fièvre et les sueurs noctures ont disparu. Il est vrai que l'auteur avait changé de résidence, et qu'il faut tenir compte de l'influence favorable exercée par les nouvelles conditions climatériques. Cependant, on ne saurait attribuer l'amélioration survenue exclusivement au changement des conditions climatériques, car l'auteur n'a constaté une amélioration rapide qu'à partir du moment où le menthol a été employé.

J. Roubleff.

Intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 3, 1900). — Pomerantjeff cite 6 cas d'affections pulmonaires traitées chirurgicalement.

Ces 6 cas se décomposent ainsi que suit :

Gangrène du poumon, 4 cas; empyème pleuro-pulmonaire, 1 cas ; caverne broncho-ectasique, 1 cas.

Sur les 6 opérés, 3 ont guéri. les autres sont morts.

A propos de ces cas, l'auteur présente quelques considérations générales intéressantes. Il estime tout d'abord, qu'il faut songer plus souvent à une intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires suppurées, et d'une façon générale avoir plus de confiance dans le succès de la chirurgie opératoire.

Les traumatismes pulmonaires accompagnés d'une hémorragie dangereuse pour la vie et les hernies pulmonaires déterminant des accidents généraux sérieux ressortissent du traitement chirurgical. La pneumectomie dans les néoformations du poumon et dans la tuberculose du sommet ne constitue, pour le moment, qu'une tentative audacieuse, sur la valeur de laquelle l'avenir seul pourra se prononcer.

La pneumotomie dans les affections pulmonaires suppurées, constitue une intervention particulièrement intéressante.

Dans la pratique, c'est à la gangrène pulmonaire postpneumonique qu'on a le plus souvent affaire et dans ces cas, il est dangereux d'attendre.

ROUBLEFF.

De l'emploi de la digitale dans le traitement des maladies du cœur, par POTAIN (*Bulletin Médical* n° 39, p. 449, 1900). — Les préparations : *infusion* ou *macération*, faites avec la poudre de feuilles ont l'inconvénient d'avoir une action très variable suivant la provenance, la récolte des feuilles, leur mode de dessication et de conservation.

La *teinture*, préparée en faisant macérer les feuilles dans de l'alcool à 60°, se conserve sans altération : XXXV gouttes équivalent à 0 gr. 10 de feuilles.

L'*extrait alcoolique* est une préparation peu active et d'une posologie moins précise. Il faut 0 gr. 04 d'extrait pour représenter 0 gr. 10 de feuilles.

On ne s'en sert qu'à petites doses et associé ordinairement à d'autres substances sous forme de pilules.

Des feuilles, on a isolé un certain nombre de substances actives et d'actions différentes :

Homolle et Quévenne en ont obtenu une poudre blanche ou blanc-jaunâtre connue sous le nom de *digitaline amorphe d'Homolle et Quévenne*. Elle est surtout employée sous forme de granules.

La *digitaline cristallisée chloroformique* obtenue par Nativelle est un produit beaucoup plus pur et plus actif.

En Allemagne, on se sert souvent de la *digitaline de Merck* qui est beaucoup moins active que la digitaline française. On y emploie aussi la *digitoxine* qui a, d'après Petit, le même point de fusion, les mêmes réactions et les mêmes propriétés que les diverses digitalines chloroformiques françaises.

Le choix de la préparation dépend avant tout de l'effet que l'on veut obtenir.

Pour obtenir un effet lentement progressif, on peut s'adresser à la poudre, à l'extrait, à la teinture ou encore à la digitaline amorphe d'Homolle.

Quand on veut, au contraire, un effet énergique et prompt, il faut recourir à l'infusion ou mieux à la digitaline en solution alcoolique.

Si l'on prend comme unité l'action de 1 milligramme de digitaline cristallisée, il faut, pour obtenir le même effet, prescrire :

6 milligrammes de digitaline chloroformique du Codex.

16 milligrammes de digitaline amorphe d'Homolle.

20 milligrammes de digitaline de Merck,

45 centigrammes d'extrait aqueux de digitale.

40 centigrammes de poudre de feuilles.

2 gr. 40 soit CXXVII gouttes de teinture.

G. LYON.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Traitement de la blennorrhagie de l'homme dans la période aiguë et chronique, par FILARETOPOULO (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mai 1900). — Pour avoir toujours des résultats satisfaisants en face d'une blennorrhagie commençante, il faut baser sa pratique sur l'anatomie pathologique et la microbiologie et approprier le genre de traitement aux indications formelles d'un diagnostic basé sur l'intensité, l'étendue et la profondeur du processus blennorrhagique.

On peut tenter l'abortion toutes les fois que la maladie se trouve dans une période excessivement courte qui varie de 36 à 48 heures au plus après l'apparition des premiers symptômes.

Cette abortion, on l'obtient par les grands lavages antiseptiques répétés.

Les subtances employées de préférence, sont actuellement le permanganate de potasse et le protargol.

L'auteur a obtenu de meilleurs résultats avec e permanganate qu'avec le protargol; mais il met en garde contre l'usage de la proportion croissante de la solution de ce médicament.

La plupart des urèthres ne supportant pas les fortes solutions qui agissent plutôt en réveillant l'inflammation à peine ébauchée au lieu de l'éteindre.

Il faut tâter la susceptibilité de l'urèthre en se tenant dans la plupart des cas à la proportion de 1 : 10.000 à 1 : 4.000, ce qui permet quelquefois d'obtenir en huit jours un traitement vraiment abortif, parce que les gonocoques n'ont pas encore eu le temps, en se multipliant, de pénétrer dans les couches profondes de l'épithélium de l'urèthre; cette invasion se manifeste par des phénomènes inflammatoires.

Lorsque les gonocoques se trouvent en dehors des corpusules du pus, qu'ils sont très abondants et ont pénétré profondément dans les tissus, il faut s'abstenir de toute intervention locale, celle-ci pouvant amener des complications. Dans ce cas, l'expectation ou le traitement antiphlogistique s'imposent jusqu'à ce que l'inflammation arrive à sa période de déclin.

Chez une autre catégorie de malades, les gonocoques, plus ou moins abondants, se trouvent à l'intérieur et en dehors des leucocytes. Chez ces malades, on peut encore intervenir localement dès le début pour abréger leur affection, mais, selon l'auteur, ce n'est pas au permanganate qu'il faut avoir recours, mais à l'ichtyol qui, tout en ayant une action antiseptique très puissante, n'a aucune propriété astringente, ce qui augmente beaucoup son action bactéricide.

Dans la blennorrhagie chronique, lorsque la prostate se trouve en état d'engorgement, le meilleur traitement antiblennorrhagique, c'est le massage de la prostate dont les séances ne doivent pas durer plus de quatre minutes. Si, dans ce cas, la douleur prostatique prédomine, les lavements d'eau chaude à 45° activent l'action du massage. Le rétrécissement du canal de l'urèthre est aussi une des causes principales empêchant la guérison d'une goutte chronique. Il faut donc, toutes les fois qu'on entreprend le traitement d'une blennorrhagie chronique, concurremment avec le massage prostatique, faire dilater le canal de l'urèthre : on pourra avoir recours au dilatateur d'Oberlander qui offre de sérieux avantages sur les autres instruments de ce genre.

Certains auteurs déclarent avoir guéri nombre de gouttes militaires sans toucher à la prostate, rien qu'avec les instillations plus ou moins fortes de nitrate d'argent; l'auteur pense que la guérison, dans ces cas, est en apparence définitive, mais que la chaude-pisse existe à l'état latent dans la prostate et qu'un jour ou l'autre la récidive se produira.

Il faut se rappeler toutefois que l'uréthrite chronique ne relève pas d'un mode de traitement unique, que très souvent elle nécessite l'usage successif de plusieurs moyens.

En dehors des médications dont il a été parlé plus haut, il existe encore une autre ressource thérapeutique dernièrement recommandée par les Drs Guillon et Desnos, c'est l'acide picrique. On l'emploie en instillations à 1/2, 1, 2 0/0 toutes les fois que l'écoulement ne renferme pas de gonocoques. Dans le cas contraire, on a recours aux instillations de nitrate d'argent. L'auteur s'est très bien trouvé, dans ce cas, de l'emploi alternatif de ces deux agents par lesquels il a obtenu des guérisons après 10 à 15 instillations d'acide picrique.

Là donc, où le nitrate d'argent, le massage de la prostate et la dilatation ont échoué, il ne faut pas oublier l'acide picrique qui, selon certains auteurs, après un nombre de séances quelquefois très grand, a réussi à amener la guérison.

E. Vogt.

Traitement de la blennorhagie par le bleu de Méthylène par J. Alan O'Neill (*Med. Rec.* 24 mars 1900). — L'auteur affirme que le *bleu de Méthylène* pris à l'intérieur guérit la blennorrhagie en 4 à 7 jours. Cet agent serait spécifique et fatal au gonocoque.

Il faut l'administrer à la dose de 0 gr. 05 en capsules de gélatine, trois ou quatre fois par jour. Après le quatrième jour on peut réduire la dose de deux capsules par jour. Le bleu de méthylène absorbé seul ou en solution peut occasionner de l'irritation du col de la vessie ou de l'urèthre. Quand aux injections on connaît trop les inconvénients des couleurs d'aniline pour pouvoir les préconiser en clientèle.

Pris à l'intérieur au contraire, l'effet est rapide ; l'action commence à se faire sentir deux heures après l'absorption de la première capsule et la quantité du bleu qui passe dans les urines est suffisante pour détruire rapidement tous les microbes. La mixtion devient ainsi un lavage rétrograde sans aucun inconvénient.

Il est bon de n'employer qu'un produit très pur parce qu'on a vu des phénomènes gastriques, des vomissements, de là diarrhée, du tenesme suivre l'absorption de doses fortes et longtemps continuées. L'auteur recommande la formule suivante dont il n'a eu qu'à se louer.

Bleu de Méthylène.....	0,05	centigr.
Beurre de muscade.....	1	goutte
Essence de Santal.....	2	gouttes

pour une capsule : à prendre quatre puis deux par jour pendant une dizaine de jours. Il est bon, au cours de ce traitement, de boire de l'eau en abondance.

R. Blondel

Causes, diagnostic et traitement de la cystite, par Ramon Guiteras (de New-York). (*Medical News*, 7 avril 1900). — A) *Cystite aiguë.* — Le repos au lit est essentiel; les bains de siège rendent les plus grands services en diminuant la congestion vésicale : ils seront donnés deux fois par jour, aussi chauds que le malade peut les supporter. On tirera également un certain bénéfice des lavements chauds, pris soit en même temps que le bain de siège, soit indépendamment de lui. Les médicaments internes prescrits peuvent être les sels de potasse, les antiseptiques urinaires et les antispasmodiques. Les antiseptiques urinaires que l'on peut conseiller sont le benzoate de soude (3 grammes), le salicylate de soude (4 grammes), le salol (2 grammes par jour) à doses fractionnées. Les antispasmodiques préférables sont la teinture de belladone (0 cc. 6), la teinture d'hyoscine (1 cc. 2 à 0 cc. 6), la codéine (0 gr. 05), la morphine (0 gr. 01). Les antispasmodiques peuvent être combinés avec les diurétiques, les antiseptiques : souvent il vaut mieux les administrer sous forme de suppositoires qu'à l'intérieur.

Si l'urètre n'est pas trop sensible et la vessie trop irritable, on peut avoir recours aux lavages au permanganate, en commençant par une solution à 1 pour 4000 et en allant graduellement à 1 pour 1000. Si le permanganate est insuffisant, il faut employer le nitrate d'argent en commençant par une solution à 1 pour 16000 et en terminant à 1 pour 3 ou 4000. L'acide borique, la boroglycérine sont aussi de quelque secours.

Si la vessie est trop intolérante, on aura recours aux instillations de nitrate d'argent.

B) *Cystite chronique.* — Dans les cas de cystite chronique, le traitement doit s'adresser à la cystite elle-même et à sa cause.

Un très grand nombre de cas seront traités de la même façon que la cystite aiguë. Au nombre des antiseptiques que l'on peut employer en pareil cas, il faut citer l'essence de Wintergreen et l'essence d'eucalyptus, mais quand l'urine est alcaline, aucun n'égale l'urotropine à la dose de 0 gr. 40 toutes les trois ou quatre heures; localement, les lavages avec de l'eau boriquée ou même les solutions salines ou de l'eau stérilisée peuvent être employés, avec des intervalles pendant lesquels on fera des lavages au permanganate ou au nitrate d'argent. L'auteur insiste sur la prophylaxie de la cystite, causée souvent par l'introduction d'instruments malpropres dans la cavité vésicale. Le traitement de la cause varie suivant les cas.

a) *Cystite due à l'extension de l'inflammation urétrale à la vessie.* — Elle est justiciable des lavages au permanganate ou au nitrate d'argent: la vessie est remplie avec la solution et le malade expulse le contenu vésical; on recommence une ou deux fois à chaque séance.

b) *Cystite due à un rétrécissement.* — L'effort du médecin doit tendre à redonner à l'urètre son calibre normal : on pratiquera la dilatation, l'urétrotomie interne ou l'urétrotomie externe. C'est cette dernière opération, avec drainage vésical, que préfère l'auteur.

c) *Cystite due à une hypertrophie de la prostate.* — On peut, au milieu des différents procédés, faire le choix entre trois opérations : l'énucléation, l'opération de Bottini, la formation d'une fistule permanente. Chez les malades, chez lesquels le cœur et les reins sont en bon état, qui ont une prostate volumineuse et dure, le meilleur procédé est l'énucléation. Chez les malades, atteints d'hypertrophie localisée au lobe moyen, l'opération de Bottini doit être préféré. Dans les autres cas, il faut avoir recours à la fistule suprapubienne.

d) *Cystite calculeuse.* — L'ablation de la pierre par la litholapaxie supprime les accidents : beaucoup de chirurgiens américains cependant se montrent plutôt partisans de la lithotomie suspubienne.

e) *Cystite néoplasique.* — Consécutive à la congestion due à la présence du néoplasme, elle cèdera à la suite de l'ablation du néoplasme, si celle-ci est possible. Sinon l'opération palliatrée consistera dans la création d'une fistule suspubienne.

f) *Cystite tuberculeuse.* — Il faut améliorer l'état général du patient par le traitement général : les injections de sublimé à 1 pour 10.000, les injections de nitrate d'argent, de permanganate de potasse amènent quelque soulagement. Les injections d'eau boriquée et de boroglycérine, moins irritantes, n'ont pas les mêmes avantages. Un traitement des plus rationnels consiste dans l'emploi de la vaseline liquide iodoformée tous les deux ou trois jours. L'auteur a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du borolyptol; cette substance avait un pouvoir bactéricide réel, tout en n'irritant point la vessie : sous l'influence de ce traitement, les bacilles tuberculeux disparaissent, la fréquence des mictions est très diminuée. Les symptômes douloureux sont calmés parfois par l'emploi d'une mixture contenant 0 cc. 50 de teinture de belladone, 1 gramme de benzoate de soude et 4 grammes d'huile de gaultheria.

P. Sainton.

Urotropine dans les cystites (*Wratch*, n° 15, 1900). — Orlovsky a étudié tout d'abord l'action microbicide de l'urotropine. Pour cela, il a pris des solutions d'urotropine dans de l'eau et du bouillon et les a infectées avec une des cultures microbiennes que nous énumérons plus loin.

Au bout d'un certain temps il a fait des ensements avec ces solutions, dans du bouillon de viande et de peptone faiblement alcalinisé au centième. Les microbes sur lesquels Orlovsky a fait ses expériences sont les suivants: spores du charbon, virgule de Koch, staphylococcus aureus et bacterium coli commune.

Ces expériences ont montré que l'urotropine non seulement arrête le pullulement des microbes, mais qu'elle les tue: toutefois son action sur la virgule de Koch et sur le staphylococcus aureus a été moins efficace que celle de l'acide phénique.

L'action microbicide de l'urotropine est beaucoup moins grande dans les milieux albuminoïdes que dans les solutions alcalines.

Après le passage dans l'économie, l'urotropine ne perd pas son action inhibitrice sur les microbes qui déterminent la fermentation des urines et à ce point de vue elle est supérieure au salol.

Passons maintenant à la partie clinique du travail d'Orlovsky.

Il a employé l'urotropine chez 7 malades, atteints de cystite (à la dose de 0 gr. 50 3 fois par jour). Pour mieux déterminer l'action de l'urotropine, on procède de la façon suivante: après avoir soumis les malades à un traitement indifférent, on leur a administré l'urotropine, après quoi on les a soumis de nouveau à un traitement indifférent.

Pendant toute la durée de l'observation, on a donné à tous les malades la même nourriture: du lait, des œufs et du pain. Tous les jours on a déterminé la quantité d'urines, son poids spécifique, sa réaction, sa coloration, sa transparence, son degré d'acidité ou d'alcalinité, après quoi on en a fait l'analyse chimique.

Sous l'influence de l'urotropine, l'acidité d'une urine fraîchement émise, augmente presque du simple au double; l'urine acide devient dès les premiers jours alcaline, la quantité d'albumine diminue; les phénomènes catarrhaux s'améliorent en même temps que disparaissent ou deviennent moins aiguës les douleurs éprouvées pendant la miction; l'urine perd rapidement son odeur; la disparition de l'odeur persiste après la suspension du traitement.

L'auteur n'a jamais eu à constater aucun accident déterminé par l'urotropine.

J. Roubleff.

Sur deux cas d'albuminurie orthostatique, par Bourcy (*Société médicale des hôpitaux*, 15 juin 1900). — M. Bourcy communique deux cas d'albuminurie dite orthostatique (Teissier), observés chez des sujets âgés de dix-neuf ans, sans antécédents héréditaires accusés. L'albuminurie était transitoire, disparaissait lorsque les malades étaient couchés, pour reparaître quand ils se levaient. Des expériences multiples ont montré que c'était bien la position verticale seule qui était la cause officiente de l'albuminurie et que l'on ne pouvait, en aucune façon, incriminer ni la quantité, ni la qualité des aliments ingérés.

Pour M. Merklen, il s'agit d'une affection de croissance dépourvue de tout caractère de malignité et que l'on doit combattre non par le régime lacté, en général plutôt nuisible, mais par l'emploi des préparations arsénicales et ferrugineuses, le séjour au bord de la mer, etc. Quant à l'avenir des malades atteints de cette affection, il de doit inspirer aucune inquiétude, car l'albuminurie orthostatique ne paraît pas prédisposer particulièrement aux néphrites.

G. Lyon.

Angiome kystique de l'urèthre chez une emme. Exfrpatition avec le galveno-cautère, par le Dr R. Martin fils (*Revista de medicina, Cirugia Practicas*, mai 1900). — Le cas est im portant par la maladie elle-même, vu la rareté du siège de présentation, dit l'auteur, si bien qu'il n'en a pas trouvé de semblable dans la littérature médicale, ni dans sa pratique.

Il s'agit d'une malade disant souffrir d'une tumeur de la vulve qui se manifestait de temps en temps pendant les mictions, disparaissant immédiatement après. Elle souffrait de fortes douleurs pendant les mictions et de subites rétentions d'urine.

Quelques mois auparavant, le Dr Martin avait soigné cette même malade pour un ténesme vésical accompagné d'urines troubles avec grande quantité de mucus, lequel s'améliora par l'administration des alcalins et du salol à l'intérieur.

A l'examen de la malade, il ne trouva aucune tumeur ni dans la vulve, ni dans le vagin, ni dans la vessie, dans laquelle, il introduisit un explorateur métalique.

Rien ne lui faisait supposer la maladie dont il s'agissait, car on ne voyait ni signes de polypes, ni procidence du méat. D'après les affirmations de la malade, on ne pouvait penser à un polype de l'urèthre, car ordinairement ceux-ci sont visibles à l'entrée du méat ou bien on les fait sortir en comprimant l'urèthre.

Dans un des examens, l'auteur put voir la

tumeur, la saisir entre les doigts et après avoir passé une ligature à sa base, vit que ses dimensions étaient celles d'une grosse noix, de couleur rouge vif, turgescente et ovalaire. A mesure qu'il la pressait entre ses doigts, elle se vidait par une petite ouverture d'où sortait un liquide jaune clair. Il reconnut que la tumeur siégeait dans l'urèthre, avec son point d'implantation sur le côté gauche, tout près du col de la vessie.

Pendant ces manipulations, la tumeur se vida complètement : l'intervention fut remise au lendemain. Au moyen de deux pinces et au couteau galvanique, l'A. saisit la tumeur et la sectionna à sa base, laissant échapper quelques gouttes de sang seulement.

La malade fut remise sur pied au bout de quelques jours, complètement guérie.

Après l'extirpation, le Dr Martin put se convaincre de l'existence d'une cavité lisse et grisâtre, contrastant avec l'aspect villeux et rouge intense de la paroi extérieure. C'était un kyste de parois complètement formées, dont l'origine a dû être un angiome, comme le démontra l'analyse histologique pratiquée par le Dr Ramon-Cajal.

F. Berini.

Amputation de la verge par le procédé de Rizzoli, par le Dr Enrique Fortun (*Revista Española de Sifiliografia*, mai 1900). — Le procédé de Rizzoli, chirurgien italien de la moitié de ce siècle, évite les inconvénients du procédé circulaire. Il consiste à laisser plus de peau sur la région dorsale que sur la face inférieure. Le procédé est simple : un aide tire en avant les téguments de la face inférieure et le chirurgien, avec sa main gauche tire en arrière ceux de la face dorsale. Avec le bistouri, on fait la section de la verge, commençant par la face inférieure et dirigeant la coupe obliquement vers en haut et en avant, coupant l'urèthre en bec de flûte. Le conduit sectionné, et sans retirer le bistouri, on place la lame perpendiculairement à l'axe du pénis et on termine d'un seul coup la section de l'organe.

Le Dr Fortun loue beaucoup ce procédé qui permet une cicatrisation rapide.

F. Berini.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité.
à l'hôpital de la Charité

Cancer de l'utérus, par H. Coe (*Med. New.*, 7 avril 1900, in *Gynécologie*, juin 1900). — Le point le plus important de la question est le diagnostic précoce. En Allemagne, à l'heure actuelle, 30 0/0 des femmes qui se présentent dans les cliniques sont encore opérables, tandis qu'en Amérique à peine 2 0/0 sont en état d'être opérées quand elles sont examinées. A Edimbourg il n'y a eu que 15 cures radicales sur 250 malades, tandis que Léopold en annonce 17 sur 76. La différence tient uniquement à ce qu'en Allemagne le diagnostic de cancer est posé plus tôt.

Il ne faut pas attendre les symptômes classiques de tumeur, douleur, écoulement sangieux pour faire le diagnostic. Quand ces symptômes apparaissent, il est déjà trop tard. Le point qui doit surtout attirer l'attention non seulement du médecin traitant, mais même des malades, ce sont les métrorrhagies irrégulières. Il faut lutter contre cette croyance erronée que l'approche de la ménopause suffit à expliquer ces pertes irrégulières ; elles doivent toujours être suspectes quand elles se présentent chez une femme de 40 à 50 ans et le diagnostic s'impose entre un fibrome, l'endométrite sénile et le cancer. Un examen attentif, complété par un curetage et l'examen microscopique des débris, doit être fait sans retard. A la rigueur, la persistance d'hémorrhagies irrégulières est suffisante pour justifier une opération.

Si les tissus voisins sont déjà envahis par le processus cancéreux, l'opération devient beaucoup plus hasardeuse, et pour bien reconnaître cet envahissement il est nécessaire d'examiner la malade sous le chloroforme.

La question de la voie à choisir pour l'opération divise encore les chirurgiens : la voie vaginale semble gagner du terrain. Pourtant, dans les cancers du corps de l'utérus, c'est plutôt à la laparotomie qu'il faut avoir recours, à moins que la malade ne soit excessivement grosse ou très affaiblie.

En présence d'un cancer limité au col, faut-il s'en tenir à l'amputation de cette partie de l'organe ? On pourrait le croire si l'on s'en rapporte aux statistiques de Byrne et de Moore Madden qui pratiquent l'amputation au thermo-cautère. En général, pourtant, il vaut mieux faire d'emblée l'hystérectomie totale.

L'évidement du bassin dans le but d'enlever tous les tissus et les lymphatiques susceptibles de propager l'infection est une opération sérieuse à laquelle on ne peut penser qu'en face d'une malade forte et saine. La mortalité immédiate de cette opération est de 20 0/0. Mais en songeant aux chances de cure radicale qu'elle eut donner, on peut espérer que cette opération gagnera du terrain au fur et à mesure qu'elle sera mieux réglée.

Quand un cas de cancer se présente alors qu'il est devenu inopérable, il ne faut pas négli-

1900). — M. Oui n'a eu recours qu'à la solution alcoolique saturée, dans 9 observations. Ce mode de traitement lui a donné 7 succès, 1 amélioration, 1 résultat nul. Dans presque tous les cas, l'analgésie a été obtenue très rapidement et très complètement.

Une application de courte durée (1/4 d'heure environ avant la tétée) suffit, dans la plupart des cas, pour produire l'analgésie recherchée.

G. Lyon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Antisepsie des potions, par P. Carles (*Répertoire de pharmacie*, 10 juin 1900). — L'auteur présente une notre concernant le procédé d'antisepsie employé déjà pour les solutions de glycérophosphate de chaux acidifiées par un acide organique, et, selon lui, cette méthode serait applicable à d'autres médicaments, notamment aux préparations (potions, apozèmes, etc.) qui renferment de notables proportions de phosphates acides. Dans cet ordre d'idées, les potions et solutions d'ergotine sont celles qui peuvent être mises au premier rang.

Cette méthode consiste dans l'addition de 5 0/0 d'eau distillée de laurier cerise ou de 10 0/0 d'eau distillée de cannelle du Codex; on arrive de cette façon à retarder d'une façon remarquable l'évolution des mucédinées glycérophages, ainsi que le démontre l'expérience suivante :

A l'aide de : ergotine, 8 grammes; sirop simple, 120 grammes; eau distillée, 272; total, 400 grammes, on fait un mélange homogène, qu'on divise en quatre flacons de même contenance A, B, C, D; on garde A comme témoin; et on ajoute à B 10 grammes d'eau de fleur d'oranger; à C, 5 grammes d'eau distillée de laurier-cerise; à D, 5 grammes d'eau distillée de cannelle.

En juillet, par une température de 23°, A est est louche au bout de 12 heures; B le devient au bout de 24 henres; après 36 heurest des moisissures et des mucédinées apparaissent dans A; enfin, après 48 heures, A et B sont dans un état de trouble et de fadeur tels, qu'ils sont inutilisables; au contraire, au bout de plusieurs semaines, C et D sont dans un état de limpidité parfaite, car on ne saurait incriminer le faible dépôt qui se produit fatalement en légère proportion, à la longue, dans toute solution aqueuse d'extrait. Au bout de six semaines seulement, des mucédinées (mais sans moisissures) se sont produites dans la potion D, celle à la cannelle. Quant à la potion C, à base d'eau de laurier-cerise, elle est aujourd'hui, après six mois, aussi bien conservée que le premier jour.

Il est probable que pareil résultat serait obtenu avec la décoction blanche de Sydenham. Dans tous les cas, la méthode serait assurément favorable aux solutions aqueuses d'ergotine destinées aux injections hypodermiques.

L'action antiseptique des eaux distillées de laurier-cerise et de cannelle n'est cependant pas aussi efficace vis à vis d'autres ferments, tels que le ferment alcoolique. Si, en effet, on ajoute ces eaux distillées, aux doses indiquées plus haut, à des potions contenant du sirop diacode déjà en légère fermantation, cette fermentation est contrariée, mais non paralysée. Bien mieux, avec l'eau de cannelle, elle se transforme progressivement en fermentation graisseuse, c'est-à-dire que la potion devient filante.

Ces expériences montrent que, dans la préparation des médicaments liquides, l'intervention de certaines eaux distillées est utile pour assurer au moins momentanément leur conservation; à ce titre, aucune eau distillée n'est aussi efficace que celle de laurier-cerise.

E. Vogt.

L'adonidine : propriétés physiologiques et médicinales (*Merk's Archives*, avril 1900). — Nous nous bornerons à retenir, dans le travail de Stern, la partie thérapeutique. L'auteur a employé ce produit dans des cas fort variés, qui lui ont démontré que l'on a tort de considérer ce glucoside comme un simple succédané de la digitale : le champ d'action de l'adonidine est certainément plus vaste, car on peut l'administrer sans crainte dans des cas de dégénérescence graisseuse du cœur, de péricardite, d'hypertrophie simple ou compensatrice, etc.

Il peut arriver qu'avec la digitale on augmente la tonicité cardiaque sans que, pour cela, l'organe puisse satisfaire à toute sa fonction : dans les cas de ce genre, l'adonidine est d'un grand secours. En outre, le glucoside est très indiqué dans des cas de néphrite.

La rapidité d'action de l'adonidine est égale à celle de la nitro-glycérine et dépasse donc, notablement, celle des autres médicaments cardiaques; sa sûreté d'action est remarquable. On n'observe jamais d'effets cumulatifs.

Comme diurétique, le médicament est bien inférieur à la caféine, au sulfate de spartéine, etc., mais dans la période aiguë des néphrites, il devient indirectement un excellent diurétique en augmentant la tension artérielle.

L'auteur n'a jamais eu d'accident en prescrivant l'adonidine, bien qu'il l'ait donnée sous

toutes les formes et à un nombre considérable de malades. En moyenne, la dose de 0 gr. 002 3 fois par jour suffira pour tonifier l'organisme; à la dose de 0 gr. 005 trois fois par jour, l'adonidine modifiera l'arythmie, l'angoisse précordiale et la dyspnée d'origine cardiaque : si l'on a utilisé la voie hypodermique, la dose de 0 gr. 01 trois, quatre et même cinq fois par jour exerce une influence curative sur les œdèmes et produit de la diurèse, surtout si la pression artérielle est abaissée.

L'auteur croit être le premier à avoir employé l'adonidine en injection hypodermique. L'injection provoque facilement de l'irritation localisée, mais l'auteur espère que l'on trouvera une formule mettant à l'abri de cet inconvénient.

E. Vogt.

Le bromoforme, par Héloüin, (*Bulletin de Pharmacie*, juin 1900), — Voici d'abord la posologie de ce médicament:

Au *dessous de six mois*, il doit être prescrit à la dose initiale et quotidienne de II à III gouttes; de *six mois à un an*, à celle de III à IV gouttes; de *un an à six ans*, on donne autant de fois IV gouttes que l'enfant a d'années d'âge; de *six ans à dix ans*, XX à XV gouttes; chez les adultes de XL à LX gouttes. Sous peine d'échec, il faut augmenter ces doses initiales de II à IV gouttes par jour, jusqu'à ce qu'on arrive à la diminution des quintes, dont le nombre est souvent augmenté dans les premiers jours. Le premier symptôme d'intolérance est la somnolence.

Il sera prudent de suspendre l'usage du médicament dès qu'on observera ce symptôme.

Après avoir rappelé les nombreuses formules que l'on a proposées pour l'emploi du bromoforme, M. Héloin indique les préparations pu'il convient surtout d'utiliser.

Si le malade est un enfant de 1 à 5 ans, la dose quotidienne à employer est telle que le dosage de une goutte de bromoforme par cuillerée à café de préparation pharmaceutique est suffisant : dans ce cas la formule suivante est très recommandable:

Bromoforme.....	1 gramme
Alcool.....	15 —
Sirop de sucre. Q. S pour	200 cc.

Le sirop de sucre peut être remplacé par l'association d'autres sirops quelconques. Des teintures et des alcoolatures peuvent y être ajoutées si cela semble utile.

Ce qui est à retenir, c'est que pour obtenir un sirop limpide contenant une goutte de bromoforme par cuillerée à café, miscible en toutes proportions à l'eau et par conséquent susceptible de se prêter à toutes les exigences de la formule magistrale, il est nécessaire de respecter les proportions de 1 gramme de bromoforme, de 15 grammes d'alcool et de 200 cc. de sirop.

Voici une variante de ce sirop :

Bromoforme.....	1 gramme
Alcool.....	15 —
Alcoolature d'aconit.. } Teinture de belladone. }	àà X gouttes
Sirop de codéine.....	30 grammes
Sirop de Dessessartz...	100 —
Sirop de tolu. Q. S. pour	200 cc.

Si le malade a dépassé six ans, le sirop de bromoforme dosé à une goutte par cuillerée à café devient insuffisant, Il vaut mieux avoir recours à l'élixir suivant dont une cuillerée à café contient IV gouttes de bromoforme:

Bromoforme.....	2 grammes
Alcool.....	30 —
Sirop simple Q. S. pour	100 cc.

Cet élixir devient laiteux par l'addition de sirop ou d'eau, mais il redevient limpide lorsque le proportion de sirop ou d'eau ajoutée est cinq fois plus grande que celle d'élixir. C'est précisément cette proportion qui est nécessaire pour obtenir une liqueur d'un goût agréable.

Comme le sirop de bromoforme, l'élixir de bromoforme se prête aux variantes. Voici l'une d'elles :

Bromoforme.....	2 grammes
Alcool.....	30 —
Teinture de belladone. } Alcoolature d'aconit.. }	àà XX gouttes
Sirop de codéine Q. S. p.	200 cc.

G. Lyon.

Action de divers médicaments sur l'excrétion des substances azotées de l'urine (*The British. med. Journal*, 7 avril 1900). — Les recherches de William Bain, dont nous donnons ici le résumé, démontrent que l'administration de salicylate de soude ne provoque qu'une faible augmentation de l'excrétion de d'acide urique. Le gaïac produit, au contraire, une augmentation marquée de l'acide urique, sans que les phosphates ou les bases alloxuriques subissent une augmentation analogue, ce qui ferait croire que sous l'influence du gaïac l'élimination de l'acide urique accumulé dans le sang, s'effectue plus aisément, sans que la production de cet acide augmente.

La colchique donne des résultats analogues, mais beaucoup moins marqués.

E. Vogt.

Les antipyrétiques chimiques, par F. A. Long, (*Gaillard's Medical Journal*, LXXII 1900). — L'auteur, après avoir rappelé la méthode de Brandt dans la traitement de la fièvre, et fait

observer la difficulté de l'appliquer dans certains cas, annonce qu'il a fréquemment employé avec succès l'acétanilide et d'autres antipyrétiques chimiques.

Selon lui, la transpiration excessive, la dépression cardiaque et l'affaiblissement que l'on attribue aux remèdes chimiques, peuvent être combattus de la même manière que les accidents du même genre observés au cours d'un traitement hydrothérapique.

L'auteur a employé les antipyrétiques internes pendant 8 à 10 ans sans observer de suites fâcheuses dues à leur emploi.

Dans la fièvre typhoïde chez l'adulte, lorsque la température s'élève le soir au delà de 39°, ce qui arrive généralement, on donne l'acétanilide suivant la taille et le tempérament du malade, aux doses de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 toutes les heures de midi à minuit, période où la fièvre est plus intense, jusqu'à ce que la transpiration survienne ou que le corps se rafraîchisse sensiblement.

Si une dépression exagérée se montre, on donne au malade une tasse de thé ou de café très fort et on lui met une boule chaude aux pieds. L'auteur a eu rarement à appliquer ce procédé de stimulation, bien préférable aux alcooliques.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique de la douche d'air chaud ou froid (*Réunion de la Société balnéologique à Francfort-sur-Mein*, mars 1900). — Frey a fait construire un appareil facile à transporter et à manier, pouvant donner des températures élevées (jusqu'à 200°) et des températures très basses (jusqu'à 10°).

L'aérothérapie présente sur l'hydrothérapie l'avantage de pouvoir faire agir des excitations thermiques considérables avec une excitation tactile minima. Si l'on envoie à 5, 10 cent. de distance un courant d'air chaud de 100 à 140°, en déplaçant lentement le tube, de façon à ne pas toujours agir sur le même point, on constate que le tégument cutané augmente de volume, et qu'il se produit une hyperthermie localisée appréciable (42° C.)

L'abondante sécrétion sudorale s'évapore instantanément sous l'influence de l'air chaud et la peau reste sèche. Les fibres lisses et le tissu conjonctif perdent de leur tonicité, la pression exercée par la peau sur les tissus sous-jacents diminue et l'on voit par ce mécanisme disparaître des douleurs sans doute entretenues par la pression de la peau sur les filets nerveux profonds. Si l'on fait agir pendant dix à quinze minutes cette douche d'air chaud, en couvrant bien les parties non traitées, on provoque une sudation généralisée, abondante s'accompagnant d'accélération du pouls et de la respiration : ces phénomènes sont surtout marqués chez les sujets à système circulatoire impressionnable.

Si l'on fait au contraire agir un courant d'air froid, on obtient un abaissement de la température locale, une diminution du volume de la région traitée, un ralentissement du pouls et de la respiration.

Il est donc loisible, avec l'appareil de Frey, d'obtenir à volonté l'hyperémie ou l'anémie, d'augmenter ou de diminuer l'activité des échanges intraorganiques sur le point traité.

Les affections justiciables de cette médication sont les névralgies, les états spasmodiques localisés dans les organes abdominaux, les processus goutteux et rhumatismaux chroniques : L'angine de poitrine est favorablement influencée par la douche d'air chaud dirigée sur le thorax et la colonne vertébrale.

Il parait démontré à l'auteur que son procédé est de beaucoup préférable aux pratiques hydrothérapiques, lorsqu'on se trouve en présence d'individus âgés, affaiblis, anémiques, à réaction insuffisante.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

Entérites aigues chez l'adulte

L'entérite survient primitivement ou sous l'influence d'une maladie générale infectieuse ou diathésique ; d'où une première distinction importante à établir au point de vue thérapeutique. Car, dans le premier cas, le médecin ne doit se préoccuper que de la lésion intestinale ; dans le second, il doit traiter la cause de l'entérite.

Même primitive en apparence, l'entérite est le plus souvent secondaire à une gastropathie restée latente jusqu'à l'apparition des troubles intestinaux. *On ne doit jamais se désintéresser du traitement gastrique chez les intestinaux.*

A. — Traitement diététique et symptomatique.

La *diète* est le traitement essentiel de toute entérite. Elle sera plus ou moins sévère, suivant la nature et la fréquence des selles. Même en présence d'une entérite légère, il y a avantage à *supprimer toute alimentation au début du traitement*. Le lait lui-même peut être mal toléré, chez les malades dont l'estomac dilaté est le siège de fermentations. Donc diéte hydrique : thé ; décoction d'orge ou de riz ; eau albumineuse, limonade lactique.

L'eau albumineuse sera préparée par petites quantités, pour éviter sa fermentation, surtout pendant les chaleurs ; dans un quart de litre d'eau on battra un blanc d'œuf ; on ajoutera une cuillerée à café d'eau de fleurs d'orangers, une cuillerée à soupe de sirop de coings).

La limonade lactique :

Acide lactique.....	15	grammes
Eau bouillie.....	900	—
Sirop de limons.....	100	—
Alcoolature de citrons...	qs	

est surtout utile chez les hypopeptiques. Elle est contre-indiquée chez les malades hyperchlorhydriques et hypersécréteurs.

A la décoction de céréales, à l'eau albumineuse, on ajoute, quand les selles commencent à se modifier, du lait coupé d'eau de chaux (une cuillerée à soupe par tasse), puis des potages au lait et au tapioca, à la semoule, à la crême de riz.

Avant d'autoriser l'usage de la viande, on fait prendre du thé de bœuf préparé en jetant dasn une théière contenant 50 grammes de viande râpé, un verre d'eau bouillante et en laissant infuser pendant dix minutes à un quart d'heure. On ajoute une pincée de sel et un oignon brulé.

Si le thé de bœuf a été bien toléré, on lui substitue le bouillon américain préparé en sou mettant à la cuisson pendant trois ou quatre heures dans une marmite spéciale des cubes de viande alternrnt avec des couches de légumes (carottes coupées en rondelles, pommes de terres, etc.), le tout arrosé d'une cuillerée d'acide chlorhydrique officinal pour 500 grammes de viande.

Finalement, on ajoute à l'alimentation des œufs à la coque, des poissons légers (merlan, sole), des crèmes cuites, de la volaille, du filet de bœuf grillé.

La deuxième indication est de calmer les douleurs.

Le répos absolu, la diète contribuent déjà à calmer les douleurs.

Il faut en outre employer les moyens externes. Les plus simples sont les meilleurs, à savoir les *cataplasmes* arrosés ou non de laudanum et surtout les *compresses Humides chaudes* recouvertes d'une enveloppe imperméable (taffetas gommé ou taffetas chiffon).

Si les douleurs ne cèdent pas à ces moyens prescrire les *préparations opiacées* avec discrétion : Poudre de Dower, gouttes noires anglaisess, poudre d'opium, élixir parégorique. Cette dernière préparation est la plus commode à employer. On prescrira XV à XX gouttes à la fois d'élixir parégorique, dose que l'on pourra renouveler plusieurs fois par jour.

L'opium utile dans l'entérite légère, avec hypersécrétion intense, selles très abondantes et très répétées, peut être nuisible dans les formes d'entérite qui s'accompagnent de phénomènes généraux plus ou moins graves, en favorisant la rétention des matières septiques dans l'intestin.

L'évacuation de l'intestin doit être la grande préoccupation du médecin. Souvent la diarrhée s'arrête après un ou deux *lavages de l'intestin*

faits avec le Bock rempli d'eau bouillie chaude ou d'une décoction de racines de guimauve.

Elle peut encore être réalisée par l'administration d'un *purgatif salin* (30 gr. de sulfate de soude).

Les poudres absorbantes ne sont indiquées que lorsque la diarrhée continue, abondante, malgré le lavage de l'intestin et l'administration d'un purgatif.

On peut alors employer la *craie préparée* (10 à 20 gr.), le *talc* (50 à 100 gr.), le *sous-nitrate de bismuth* (2 à 10 gr.), le *dermatol* ou gallate basique de bismuth (1 à 4 gr.), le *salicylate de bismuth* (2 à 6 gr.).

Ces diverses poudres peuvent être diversement associées et données soit en cachets, soit délayées dans du lait, de l'eau sucrée.

La meilleure formule est celle qui associe la craie et le sous-nitrate de bismuth :

Craie préparée..... ãã 15 grammes
Sous-nitrate de bismuth.

pour 30 paquets. Un paquet toutes les heures dans de l'eau sucrée.

G. Lyon.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Premier Congrès international de la Presse médicale. — L'ordre des fêtes qui seront offertes aux membres du Congrès de la Presse médicale a été arrêté ainsi qu'il suit :

Jeudi 26 juillet, à 2 heures de l'après-midi, au Pavillon de la Presse, à l'Exposition, ouverture solennelle du Congrès par M. le ministre du Commerce.

Le même jour, à 5 heures, à l'Hôtel de Ville, réception des Congressistes par le Bureau du Conseil municipal.

Vendredi 27, à 9 heures du soir, réception offerte par le président du Congrès, M. le professeur Cornil.

Samedi 29, banquet et fête au Vieux Paris.

Dimanche 30, dans l'après-midi, deux excursions seront organisées, l'une à Versailles, l'autre à Chantilly.

Mardi 31, à 9 heures du soir, soirée de gala à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 2 août, réception par M. le président du Conseil.

Dimanche 5 août, garden-party à l'Elysée, donné par M. le Président de la République.

La brochure contenant les rapports, traduits dans les quatre langues officielles du Congrès et les derniers renseignements sur l'ordre du jour des séances, va être distribuée incessamment à tous les adhérents.

Pour tous les renseignements, s'adresser au docteur Blondel, secrétaire général, 8, rue de Castellane, Paris.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). — Pour compléter le Programme des fêtes, qui auront lieu pendant le Congrès, nous pouvons annoncer qu'une grande fête sera donnée par le Conseil municipal de Paris dans les salons de l'Hôtel de Ville, le 7 août, dans la soirée.

D'autre part, un Comité de Dames s'est formé sous la présidence de Mmes Lannelongue et Brouardel. Ce Comité disposera, à la Faculté de médecine, d'une très belle salle où les Dames congressites pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des Dames membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

Nous rappelons que, pour recevoir, en temps utile, leur carte et leur feuille de chemin de fer, les membres du Congrès ont le plus grand intérêt à envoyer, le plus tôt possible, leur adhésion au bureau du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris.

En raison du désir exprimé par M. le Président de la République de clôturer le Congrès, le Programme des Fêtes se trouve un peu modifié et arrêté définitivement de la manière suivante :

2 *aout.* — Fête offerte par M. le Président du Conseil, au nom du Gouvernement.

3 *aout.* — Réception (sur invitation) par M. le Président du Congrès.

5 *aout.* — Fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau et le Comité d'organisation du Congrès au Palais et dans les Jardins du Luxembourg.

7 *aout.* — Fête offerte par le Conseil municipal dans les salons de l'Hôtel de Ville.

9 *août.* — Fête offerte par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

L'addition d'acide borique au beurre pour le conserver n'est pas prohibée. — Dans son audience du 15 juin 1900, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé que la loi du 16 avril 1897 sur la répression de la fraude dans le commerce du beurre et la fabrication de la margarine, comme déjà celle du 14 mars 1887 qu'elle a remplacée, a eu pour unique objet de protéger le commerce du beurre vrai, lequel s'entend du produit exclusif du barattage du lait ou de la crème contre la fraude qui consiste dans l'addition à cette substance alimentaire d'autres substances similaires, plus ou moins alimentaires comme elle, margarine ou matières analogues en si minime quantité que ce soit.

Par suite, ne tombe pas sous le coup de cette loi l'usage plus ou moins répandu chez les marchands de beurre d'additionner le beurre, à titre de conservants, de telles ou telles substances non alimentaires, telles que l'acide borique ou le borate de soude ou tout autre antiseptique. En pareil cas, c'est la loi du 27 mars 1851 qui seule pourrait être appliquée, si cet usage tombait dans l'un des cas prévus par elle.

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac, par H. Frenkel, professeur agrégé à la *Faculté de Médecine de Toulouse*. Un vol. chez Baillière.

L'auteur passe successivement en revue les différents moyens d'exploration de l'estomac et les symptômes à distance que provoquent les gastropathies du côté des différents appareils.

Il étudie ensuite les différents procédés de traitement applicables aux affections de l'estomac.

L'auteur paraît très au courant des travaux récents sur la pathologie gastrique; le traité de Riegal paraît même l'avoir inspiré souvent, car on trouve en maintes pages la traduction ou le résumé de l'ouvrage de ce dernier.

On souhaiterait toutefois de trouver dans le livre de M. Frenkel une note personnelle plus accentuée

Leçons sur les maladies du sang (*Clinique de l'hôpital Saint-Antoine*), par Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, recueillies par MM. E. Parmentier, médecin des hôpitaux, et R. Beusaude, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. in-8, broché, avec 4 planches en couleurs, par M. Karmanski..... 15 fr.

L'hématologie est aujourd'hui une des principales études mises à l'ordre du jour. Toutes les faces de la question ont été examinées avec soin et des découvertes importantes ont surgi. Il n'en est pas dont la portée soit plus considérable que celle de la valeur thérapeutique des sérums. M. G. Hayem, auteur de tant d'ouvrages remarquables sur le sang, a réuni dans ce volume quelques-unes des leçons de clinique que depuis 1893 il professe à l'hôpital Saint-Antoine et qui sont relatives à cette importante question. On y trouvera, groupées méthodiquement, des études sur différentes formes d'anémies, les maladies hémorragipares, la chlorose, la technique de l'examen du sang, etc., dont l'ensemble forme une des contributions les plus complètes et les plus autorisées concernant les maladies du sang.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître* : Tome IX, Maladies des organes génito-urinaires de l'homme. 1 vol. gr. in-8 de 956 pages, avec 245 figures : 12 fr. (Librairie J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le *Traité de chirurgie clinique opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le neuvième volume qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé : il est difficile de trouver une série d'articles mieux traités.

MM. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, traite en 272 pages des maladies de la vessie (malformations congénitales, traumatismes, corps étrangers, calculs, cystites, tuberculose, tumeurs, troubles d'origine nerveuse). Cet excellent article est précédé d'un chapitre de sémiologie générale et se termine par un chapitre de médecine opératoire.

MM. Albarran et Legueu se sont partagés les maladies de l'urètre (246 pages) : M. Legueu a écrit les chapitres : exploration, vices de conformation, traumatismes, corps étrangers, calculs, urétrites, tumeurs. M. Albarran a traité les rétrécissements et les opérations qui s'y rapportent, puis les infections péri-urétrales comprenant les abcès, les phlegmons diffus et les fistules urinaires.

M. Albarran s'est encore chargé des maladies de la prostate (200 pages) : il traite successivement des lésions traumatiques, des prostatites, de la tuberculose de la prostate, des concrétions et calculs, de l'hypertrophie, des tumeurs malignes et des kystes.

M. Legueu a écrit le chapitre de l'infection urinaire (30 pages), puis celui des maladies du pénis (44 pages),

Enfin M. Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, termine par un important chapitre consacré aux maladies des enveloppes du testicule comprenant les maladies des bourses (lésions traumatiques, maladies inflammatoires, troubles trophiques, tumeurs) et les maladies de la vaginale (172 pages).

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve a un haut degré, dans ce neuvième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

Le tome X et dernier, consacré aux maladies des organes génitaux de la femme et aux membres, paraîtra en octobre.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nîle. Imprimerie, E. Lasnier, directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

CONSEILS SUR L'HYGIÈNE DANS LES STATIONS THERMALES

Adressés à MM. les Maires, Propriétaires, Concessionnaires et Directeurs d'Etablissements thermaux Propriétaires ou Gérants d'Hôtels, Villas et Maisons meublées,

Par le Syndicat général des Médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.

La France possède, en grand nombre, des eaux minérales supérieures à celles des autres pays, les climats les plus variés et les meilleurs, des plages incomparables, et cependant toutes ces stations thermales et sanitaires d'été et d'hiver n'ont pas la prospérité qu'elles méritent et qu'elles pourraient avoir.

Cela tient, en grande partie, à ce qu'elles n'ont, en général, rien fait pour acquérir la réputation d'observer comme il convient les règles de l'hygiène moderne.

Aujourd'hui la peur du microbe est générale et les moyens d'échapper à la contagion sont connus et appréciés de tous. L'étranger s'est inspiré de cette situation et en a largement tiré profit au détriment des stations françaises.

Toute municipalité, toute station, tout établissement, tout propriétaire d'hôtel, villa ou maison meublée qui n'en tient pas compte, nuit à ses intérêts.

S'inspirant de ces faits et de ces idées, le *Syndicat médical des stations balnéaires et sanitaires francaises*, qui compte aujourd'hui environ 200 membres adhérents, a décidé d'adresser un appel à tous ceux qu'intéresse la question de la prospérité de nos stations sanitaires.

Dans sa dernière assemblée générale, tenue sous la présidence de M. le Dr Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, il a voté la communication aux municipalités intéressées, aux propriétaires, concessionnaires ou directeurs d'établissements thermaux et aux propriétaires d'hôtels, villas et maisons meublées des stations sanitaires, des mesures à prendre pour assurer une bonne hygiène et les moyens pratiques à employer pour les appliquer à peu de frais et sans entrave pour le fonctionnement régulier des services.

Certaines de ces mesures peuvent et doivent être prises en tous temps dans les stations sanitaires et dans chacun des immeubles servant à l'habitation et au traitement des hôtes de la station, par le personnel même des établissements, à l'aide d'un matériel peu coûteux et de maniement facile; d'autres, nécessitant un matériel plus coûteux et un personnel spécialement instruit, peuvent être appliquées par un personnel spécial et dans certains cas en dehors de ces établissements.

Les premières ont en vue d'écarter tout danger d'infection des localités, des habitations et des personnes et, par cela même, de la transmission des maladies contagieuses.

Les secondes ont en vue de détruire les germes de maladies contagieuses que peut laisser dans tout meuble ou immeuble un malade atteint d'une maladie contagieuse quelconque.

I

Mesures de propreté hygiénique à appliquer dans les stations sanitaires, les établissements thermaux et leurs dépendances, hôtels, villas et maisons meublées.

1° *Au point de vue de l'eau de boisson et de toilette :*

N'employer jamais pour les usages domestiques divers une eau susceptible d'être souillée par des infiltrations de fumier, fosses d'aisance, d'eaux ménagères, etc.

Distribuer largement de l'eau de source pure et, à défaut, de l'eau stérilisée (certains appareils de stérilisation fournissent de l'eau stérilisée à 0,10 et même 0,05 centimes le mètre cube).

Pour juger de l'importance de cette recommandation, qu'on se rappelle le départ immédiat et l'abandon pour plusieurs années de certaines plages et villes sanitaires dans lesquelles avaient éclaté des cas retentissants de fièvre typhoïde causés par l'eau.

2° *Au point de vue de l'air :*

L'air devient dangereux par des émanations diverses, le mélange de certains gaz, les pous-

sières. Pour éviter cette contamination de l'air, toute industrie insalubre doit être interdite dans une station sanitaire ou reléguée au loin dans une direction opposée à celle des vents régnant habituellement, les ordures ménagères doivent être placées dans des caisses et enlevées le plus rapidement possible par le service de voirie.

Les cabinets d'aisance doivent être installés de manière que par leurs émanations ou infiltrations ils ne puissent souiller ni l'air, ni le sol, ni les eaux. Le syphon hydraulique et la pratique du tout à l'égoût, quand celle-ci est possible, donnent à ce point de vue le maximum de garanties.

Les poussières, qui véhiculent et transportent dans les voies respiratoires et sur la peau des substances irritantes et des microbes, doivent être évitées autant que possible et enlevées par un balayage avec linge imbibé d'eau et jamais par un balayage à sec ou un époussetage. La contagion de la scarlatine, de la variole, de l'érysipèle, de la pneumonie, des angines, de la tuberculose se fait souvent par les poussières.

Pour éviter les accumulations de poussière, *les nids à poussière*, il est bon de supprimer dans les chambres les moulures, corniches compliquées, étoffes murales, baldaquins, rideaux de lit et de fenêtre en étoffes ne pouvant être lavés, les tapis de haute laine et les tapis fixes.

Certains hôtels ont adopté l'usage de housses en tissu supportant facilement les lavages pour les sommiers, matelas et meubles ; c'est là une bonne mesure à imiter.

Les meubles capitonnés doivent être proscrits. Il faut les remplacer par des meubles en bois peint ou laqué et cannés qu'on peut recouvrir de coussins mobiles revêtus de tissus supportant le lavage.

Les murs doivent être recouverts d'enduits laqués ou de peinture facile à laver ; comme papiers de tentures les plus hygiéniques sont ceux qu'on peut laver (Il en existe aujourd'hui de tels à un prix très peu élevé).

Les fenêtres doivent être pourvues d'un système de carreau mobile pour assurer, s'il y a lieu, une aération continue sans courant d'air gênant.

Les corridors, passages, escaliers, etc., doivent être recouverts de linoleum, d'un nettoyage humide facile.

Les cours, les rues, etc., ne doivent être nettoyés qu'après arrosage.

A suivre

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris. Correspondant de l'Institut.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Par Membre de l'Académie de médecine Chirurgien de la Pitié.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contien de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine
Un an, Paris . . . . . 20 fr.
— Départements et étranger. . . . . 23 fr.
La livraison, 2 francs.

Pour la Revue de Chirurgie
Un an, Paris. . . . . 30 fr.
— Départements et étranger . . . . . 33 fr.
La livraison, 3 francs.

Les *deux Revues* réunies, un an, Paris, **45** francs. — Départements et Étranger, **50** francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TOUX ÉMÉTISANTE DES PHTISIQUES ET SON TRAITEMENT

Par le Dr Mathieu

J'ai lu quelque part cette parole mémorable d'un directeur de sanatorium allemand : aux visiteurs, s'étonnant du silence relatif qui régnait dans un établissement exclusivement consacré à l'hospitalisation des affections de poitrine, il disait, non sans quelque fierté, rajeunissant ainsi un passage bien connu de la *Divine Comédie* : on pourrait inscrire sur la porte d'entrée de ma maison : « Ici on ne tousse pas. » Si nous prenions pour critérium non la toux en elle-même, mais le vomissement qui en est le plus souvent la conséquence fâcheuse, cette devise légèrement modifiée dans ce sens pourrait s'appliquer avec une égale justesse à l'hôpital Andral ; car, si d'une façon générale des tuberculeux qui vomissent ne sont pas chose rare, constituent même un fait très commun, très habituel, cela est au contraire d'observation tout à fait exceptionnelle dans le service. «Ici on ne vomit pas », aurions-nous le droit d'afficher dans nos salles réservées aux tuberculeux. Grâce aux différents procédés de traitement que nous avons mis en usage et que je vous exposerai tout à l'heure, nous sommes en effet arrivé à supprimer ce symptôme, sinon absolument, tout au moins dans la très grande majorité des cas.

Il est nécessaire tout d'abord, pour bien comprendre quelle est la portée de cette assertion, de distinguer deux classes nettement distinctes de vomissements chez les tuberculeux : il y a, d'une part, les vomissements qui sont causés par le fait de la toux, accompagnant et suivant manifestement les quintes ; en second lieu, ceux qui peuvent survenir d'une façon tout à fait indépendante. Je n'ai pas, naturellement, la prétention de vous indiquer des moyens infaillibles d'empêcher les vomissements dans tous les cas où ils peuvent se produire chez les phtisiques, quelle qu'en soit l'origine. Le traitement que je vous exposerai dans un instant et dont je viens de vous déclarer la réelle efficacité, vise uniquement les vomissements de la première catégorie, ceux qui surviennent quand les malades toussent après leurs repos. Ce sont, d'ailleurs, à vrai dire, les seuls dont le médecin aît à se préoccuper d'une façon spéciale au point de vue du traitement de la tuberculose pulmonaire. Les autres font partie des accidents dyspeptiques qui s'observent chez toute espèce de malades indistinctement, et leur thérapeutique relève de celle des vomissements considérés comme symptôme général. La dyspepsie, qui est malheureusement très fréquente chez les tuberculeux revêt souvent chez eux. il est

vrai, des formes particulières, attribuables soit à l'état de faiblesse et de dépérissement graduel des malades, soit aux lésions bacillaires développées dans les organes digestifs, et elle n'est pas, d'ailleurs, sans réagir d'une certaine manière sur le mécanisme qui préside au réflexe nauséeux déterminé sous l'influence de la toux. Aussi quelques mots sur ce sujet compléteront-ils utilement cette leçon. Mais c'est toujours la toux qui est surtout en jeu, quand les tuberculeux vomissent, ainsi que vous avez pu l'observer, par exemple chez deux malades qui sont actuellement en traitement dans le service et dont je vais vous conter l'histoire.

La première (lit n° 1) est une femme âgée de 38 ans ; prématurément vieillie, amaigrie et affaiblie, les cheveux devenus gris, elle offre l'apparence d'une femme ayant dépassé la cinquantaine. Elle était vigoureuse autrefois, exerçant une profession qui exige une dépense de forces considérable, celle de porteuse de pain. L'histoire de la tuberculose serait chez elle assez banale, s'il ne s'y joignait des antécédents d'éthylisme assez marqué. Remarquez à ce propos que l'alcoolisme, qui est très fréquent chez tous les ouvriers et même les ouvrières qui se livrent à des travaux de force, porteurs aux halles, déménageurs, etc., est assez fréquent aussi parmi les porteuses de pain, qui marchent énormément, montent des étages, etc. Cette femme n'a pas échappé à la loi de son pénible métier, elle a même été au-delà des limites qui lui semblaient permises au point de vue de la consommation alcoolique. Elle buvait peu de vin, un litre, tout au plus, dit-elle, mais l'absorption d'une certaine quantité de rhum accompagnait constamment chacun des trois ou quatre « cafés » qu'elle consommait par jour. Enfin, sa boisson favorite était l'absinthe ; après s'être vantée devant ses camarades de salle de boire dix-sept verres de cet apéritif par 24 heures, elle a voulu revenir sur cette affirmation quand nous l'avons interrogée, déclarant qu'elle ne connaissait pas la « verte », mais a fini par nous avouer la vérité, Une douzaine d' « absinthes » constituait sa ration quotidienne. C'était excessif, évidemment. Cependant elle présenta des accidents d'alcoolisme peu intenses : quelques cauchemars pendant la nuit, un léger état nauséeux le matin, une diminution de l'appétit assez accentuée. Puis, se sont développés des symptômes de tuberculose qui ont évolué dans l'espace de trois à quatre mois avec une très grande rapidité : aujourd'hui on constate l'existence d'une grosse caverne sous la clavicule gauche, et au sommet droit des signes d'induration pulmonaire. Sa température est peu élevée. Il est vraisemblable d'attribuer la marche hâtive de la maladie chez cette femme, à son épuisement antérieurement causé par l'abus de l'alcool.

Mon attention fut attirée vers cette femme à cause des vomissements qu'elle présentait sous l'influence de ses accès de toux. Les faits se passent à peu près toujours de la même façon chez es malades de ce genre ; ils mangent avec un appétit variable, puis un certain temps après le repas, cinq, dix ou quinze minutes plus tard, commencent à tousser, Les envies de tousser deviennent de plus en plus quinteuses ; finalement les aliments sont rejetés dans les efforts d'expulsion ; certains tuberculeux vomissent ainsi régulièrement à chacun de leurs repas.

Je n'ai pas besoin de vous signaler la gravité de cet accident, par lequel les malades rejettent une notable portion des aliments qu'ils ont ingérés, ce qui est d'autant plus regrettable que chez ces malades, en raison de leur coutumière anorexie, l'alimentation, et *à fortiori* la suralimentation qui leur est si nécessaire, est des plus délicates à obtenir, même au prix des efforts les plus persévérants aidés de l'arsenal médical le plus ingénieux et des ressources de l'art culinaire le plus habilement administré. Il en résulte par suite, en outre d'une infirmité des plus pénibles pour les malades, une dénutrition incessante augmentant et aggravant celle qui est sous la dépendance directe de l'affection bacillaire et de l'expectoration pulmonaire. Le traitement immédiat de ces vomissements est donc des plus utiles et urgents, et il n'est pas sans intérêt, par conséquent, de vous

faire connaître les moyens qui nous permettent de les enrayer, d'une façon, je le répète, à peu près infaillible.

Certes, ce n'est pas d'aujourd'hui que la question du traitement des vomissements chez les tuberculeux a attiré l'attention des médecins. Depuis longtemps on avait compris la nécessité de combattre ce redoutable symptôme, et cherché à atteindre ce but par des moyens différents ; bien avant de connaître les moyens que nous employons actuellement et dont je vous parlerai tout à l'heure, on était arrivé, dans une certaine mesure, à supprimer ou diminuer les vomissements des phtisiques, mais c'était toujours d'une façon fort incomplète, et non sans entraîner, pour les malades, un certain nombre d'inconvénients très préjudiciables à leur guérison. Nos prédécesseurs avaient, tout d'abord, constaté un fait très réel, c'est que, pour lutter avantageusement contre les vomissements, il fallait empêcher la toux de se produire. Mais de là résultait pour eux l'usage exclusif des médicaments calmants de la toux, des narcotiques, et ils abreuvaient les tuberculeux vomissants, d'opium, de morphine, de codéine, habituels remèdes de la toux. Par ces moyens, on arrivait certainement à atténuer la force des quintes ; bien rarement, dans le tiers des cas, tout au plus, on obtenait la suppression des vomissements. Mais cet insuccès relatif ne suffirait point pour faire bannir ces médicaments de la thérapeutique anti-émétique des phtisiques, si les narcotiques ne présentaient le très grand désavantage de produire l'anorexie, par conséquent, de restreindre l'ingestion des aliments et par suite d'amener, par un mécanisme différent, une dénutrition équivalente à celle que détermineraient les vomissements. Il faut donc, autant que possible, pour combattre chez ces malades les accidents gastriques, éviter les médicaments qui diminuent l'appétit, particulièrement les narcotiques.

Eh bien, je suis arrivé, pour ma part, à résoudre ce problème difficile, tout au moins dans la grande majorité des cas : je supprime la toux et les vomissements, sans avoir recours aux narcotiques, dans la proportion de 95 cas sur cent malades tuberculeux. Mais avant de vous indiquer la technique que j'emploie, je vais vous exposer les considérations théoriques sur lesquelles je l'appuie. Quand un tuberculeux tousse et vomit, de quelle manière ces deux phénomènes sont-ils associés, dans quelle mesure l'estomac, d'une part, et le poumon, de l'autre, y sont-ils intéressés ? Sur lequel de ces deux organes doit-être portée l'action médicamenteuse initiale ? A cette question dont l'éclaircissement mérite toute l'attention du thérapeute, M. Marfan, dans sa belle thèse sur la Dyspepsie chez les tuberculeux, donne une réponse très claire et très habilement exprimée : Ces malades, dit-il, *toussent parce qu'ils ont mangé, et vomissent parce qu'ils ont toussé.* Cette théorie nous permet de concevoir d'une façon très plausible, les phénomènes qui se produisent dans le cas qui nous occupe. Il suffit, en effet, de faire appel à quelques notions physiologiques élémentaires pour se rappeler que l'estomac est innervé concurremment avec le poumon par le pneumogastrique ; de telle sorte que l'excitation périphérique de ce nerf pourra avoir pour conséquences des phénomènes pulmonaires aussi bien que gastriques. C'est ce qui se passe lorsque les aliments ont pénétré dans l'estomac, et lorsque les acides qui prennent naissance pendant la digestion irritent les filets terminaux que ce nerf envoie dans la muqueuse gastrique : il en résulte une incitation du centre du pneumogastrique, qui se traduit tout naturellement d'abord par son mode de réaction qui est le plus habituel chez les tuberculeux, par la toux. Celle-ci alors à son tour amène le vomissement, comme cela arrive dans une foule de cas où la tuberculose n'est pas en jeu. Dans cette manière de voir, l'estomac serait donc le véritable point de départ de la toux et des vomissements consécutifs.

Ce fait étant admis, il y a une double conclusion à en tirer : d'abord, c'est qu'il faut

agir sur l'estomac pour empêcher les malades de tousser; ensuite, que pour obtenir un résultat certain et efficace, il est nécessaire d'intervenir au moment même où se produit l'irritation gastrique, c'est-à-dire, lorsque les aliments ont été ingurgités et que la fermentation digestive commence à exciter les extrémités terminales du pneumogastrique.

C'est d'après ces considérations que j'ai appliqué à mes malades une médication simple, qui m'a réussi. J'ai commencé par donner la glace; mais ce moyen banal, pour efficace, demande, toutefois, à être employé dans certaines conditions bien déterminées Quand vous voulez agir sur l'estomac à l'aide de la glace, il faut recommander aux malades de ne pas sucer, mais d'avaler de très petits morceaux de glace, ce que les Allemands appellent des « pilules de glace », de telle sorte que cette substance soit portée en nature dans l'estomac, sans fondre dans les parties supérieures des voies digestives. Ceci s'applique, du reste, à tous les cas dans lesquels la glace doit être mise en œuvre contre des phénomènes gastriques, quelle que soit la nature de ceux-ci. L'ingestion de la glace est pratiquée immédiatement ou presque immédiatement après les repas. On obtient ainsi la diminution d'intensité de la toux, et les vomissements n'apparaissent plus.

Ce procédé, qui donne souvent de bons résultats, ne réussit cependant pas constamment. Nous avons recours alors à une substance plus active, à l'eau chloroformée, préparation que je crois inoffensive et avec laquelle on obtient la disparition des sensations de malaise, de pesanteur de l'estomac, des phénomènes douloureux et nauséeux, et qu'on emploie enfin pour combattre les vomissements de quelque nature qu'ils soient. Dans le cas qui nous occupe, on l'administre de la façon suivante : on donne, en général, une ou deux cuillerées de cette solution, quatre ou cinq minutes après le repas, de façon à devancer l'apparition de la toux émétisante qui survient au bout de cinq à quinze minutes, suivant les malades. L'eau chloroformée saturée est étendue de moitié ou des deux tiers d'eau ordinaire pour éviter la sensation de brûlure qu'elle de manque guère de provoquer lorsqu'elle est pure et qu'il est inutile de laisser se produire quoiqu'elle ne paraisse pas être due à une irritation de la muqueuse gastrique et qu'elle disparaisse rapidement d'elle-même. Dans le plus grand nombre des cas, l'eau chloroformée suffit pour arrêter la toux et les vomissements, mais elle échoue parfois ; il faut employer alors l'eau bromoformée, dont l'action est plus énergique.

Le bromoforme était considéré comme presque insoluble, lorsque mon ancien interne en pharmacie, M. Richaud, entreprit des recherches qui lui ont permis d'obtenir la saturation complète de l'eau par cette substance, au moyen d'un contact prolongé et d'une agitation fréquemment répétée. On arrive ainsi à dissoudre 2 gr. 50 à 3 grammes de bromoforme par litre d'eau. Je conseille souvent une potion ainsi composée :

Eau bromoformée.....	100 grammes
Sirop de codéine.....	30 —

C'est un excellent calmant de la toux. L'eau bromoformée est peut-être plus irritante que l'eau chloroformée et nous la réservons pour les cas les plus résistants, mais nous obtenons avec elle, dans divers cas, notamment dans les diverses formes de dyspepsies accompagnées de phénomènes plus ou moins pénibles, des résultats que ne donne pas l'eau chloroformée.

Il arrive toutefois que l'eau bromoformée elle-même échoue; c'est alors le menthol

qui entre en œuvre. Dans ce cas, je prescris habituellement 15 à 25 centrigrammes de menthol dans un julep gommeux de 150 grammes. — Ne pas oublier que le menthol est insoluble, et agiter l'émulsion avant de s'en servir. — Le menthol donne des résultats excellents ; certains malades y sont rebelles, c'est alors seulement que j'utilise les narcotiques pour faire disparaître la toux émétisante ; on emploie couramment dans le service, cette formule :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 05
— de cocaïne.....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
Eau distillée.....	150 grammes

Par cuillerées à café de cinq en cinq minutes, après le repas.

Le nombre des tuberculeux qui, malgré l'emploi de ces divers moyens, continue à tousser et vomir n'atteint pas 5 0/0. Ces remèdes sont donc efficaces, mais à une condition : c'est d'être appliqués selon les règles voulues, c'est-à-dire au moment précis où se produit l'excitation des ramifications terminales du pneumogastrique. Ce point de posologie a une importance plus grande encore que le choix des moyens eux-mêmes.

Il ne faut pas absolument négliger, d'autre part, l'état des fonctions digestives, au point de vue du traitement de la toux émétisante, car il n'est pas rare de voir les troubles dyspeptiques, préexistants chez les malades, entrer pour une certaine part dans la production de ce symptôme. La malade dont je vous ai conté l'observation, présente certainement un certain degré de gastrite éthylique et *essenciste*, bien que peu marqué. J'ajoute que j'ai constaté que la plupart des tuberculeux qui vomissent sous l'influence de la toux souffrent de l'estomac, ont du ballonnement, du pyrosis, et surtout de l'hyperesthésie de la région épigastrique au niveau des filets nerveux émanés du plexus solaire. C'est donc là une raison de plus pour éviter soigneusement chez ces malades tout ce qui est susceptible d'irriter l'estomac, et il ne faut pas oublier, à ce propos, qu'il existe certains médiments, véritablement agressifs pour la muqueuse gastrique : l'histoire de notre seconde malade en offre un intéressant exemple.

Cette femme (lit n° 24), âgée de trente-trois ans, offre une tuberculose banale, remontant au mois de novembre 1899 ; ce qui est particulier chez elle, c'est la façon dont se produisent les vomissements. Elle ne vomit jamais en toussant, elle vomit le soir, et surtout la nuit, dans les circonstances que voici : elle est réveillée par une sensation de malaise, de pesanteur et de brûlure au niveau de l'estomac, suivie de nausées et d'efforts de vomissements, et elle rejette en général une assez notable partie des aliments ingérés la veille. Dans ces derniers temps, ces crises se reproduisent régulièrement toutes les nuits à peu près. En l'examinant et l'interrogeant, on constate que cette malade est atteinte de constipation ; son appétit est diminué, sa langue blanche est recouverte d'un enduit saburral si épais que la malade serait obligée chaque matin de la gratter au couteau pour arriver à la nettoyer. Elle éprouve constamment après avoir mangé, une sensation nauséeuse banale, du ballonnement, de la pesanteur épigastrique. On remarque à la palpation du ventre un endolorissement le long du colon ascendant et au niveau du cœcum ; on peut percevoir parfois un « boudin cœcal » très net. La constipation est entrecoupée de débâcles douloureuses avec coliques. Peut-être existe-t-il des ulcérations intestinales ? Il est possible que l'intestin soit le point de départ des vomissements, ce qui arrive surtout lorsque le colon transverse est intéressé. Mais l'endolorissement très intense de la face antérieure de l'estomac démontre l'existence, chez cette femme, d'une irritation gastrique suffisante à elle seule pour expliquer les phénomènes vomitifs. D'autre part, bien qu'un peu nerveuse et sujette à des crises de larmes, ce n'est point une hystérique stigmatisée. En somme, ce qui domine dans son état, c'est l'irritation de l'estomac ;

or, celle-ci paraît manifestement être d'origine médicamenteuse : cette malade, en effet, fut soumise dès le début de son affection, au traitement par les pilules créosotées à la dose de quatre par jour. Les troubles dyspeptiques développés dans ces conditions s'observent d'ailleurs assez souvent ; la gastrite médicamenteuse est un fait d'ordre général, mais qui revêt chez les phtisiques une gravité toute particulière en raison de l'état de déchéance et d'affaiblissements organiques des sujets.

Il ressort de ces faits que l'administration par la voie stomacale de tout médicament, de nature tant soit peu irritante, doit être soigneusement évitée chez les tuberculeux ; car toute la thérapeutique anti-tuberculeuse aboutit à la mise en œuvre aussi parfaite que possible des fonctions digestives des malades. Vous savez aujourd'hui quelle trilogie méthodique préside au traitement de la tuberculose pulmonaire : ce sont : le repos, le grand air et la suralimentation ou surnutrition. Or, de ces trois facteurs les deux miers ne servent qu'à l'introduction du troisième, car, si on recommande le grand air, c'est pour exciter l'appétit, et l'immobilité presque absolue, c'est pour restreindre autant que possible les pertes organiques et assurer la surnutrition et les effets du gavage : il va de soi que l'integrité physiologique de l'estomac est la condition indispensable du succès de la méthode, et que l'application de celle-ci supprime, par conséquent, du même coup, l'usage de la plupart des médicaments anti-bacillaires absorbés par les voies digestives.

Ces quelques considérations montrent que la dyspepsie n'est pas sans entrer en ligne de compte dans la production des vomissements qui surviennent à la suite des quintes de toux chez les tuberculeux, et que les précautions par lesquelles on peut éviter ces troubles ainsi que les moyens qui servent à les combattre peuvent participer, dans une plus ou moins large mesure, au traitement propre de la toux émétisante des phtisiques. Aussi ne sera-t-il pas inutile de vous rappeler brièvement, pour terminer cette leçon, les diverses formes sous lesquelles la dyspepsie peut se présenter au début de la tuberculose pulmonaire, la masquer quelquefois et en constituer le symptôme initial, ou tout ou moins concentrer sur elle toute l'attention du médecin, et à faire son diagnostic.

La dyspepsie médicamenteuse dont je viens de vous signaler un fait très intéressant, occupe une place intéressante dans ce groupe ; elle constitue, pour la majeure partie, les cas de dyspepsie tardive des tuberculeux. Ce n'est pas qu'en dehors de toute espèce d'irritation de nature médicamenteuse, la bacillose ne puisse, par son évolution même, créer des lésions du système digestif et engendrer la dyspepsie à une certaine période de la maladie, mais le nombre de ces cas diminue singulièrement lorsqu'on supprime ou diminue l'irritation médicamenteuse chez ces malades.

Beaucoup de médecins s'imaginent que le tuberculeux dyspeptique est forcément un hypochlorhydrique, par suite de son état général d'affaiblissement et de cachexie. C'est une opinion dont les recherches de Hayem et les miennes ont démontré l'inexactitude : les cachectiques et, en particulier, les phtisiques, peuvent être des hyperchlorhydriques. L'hypochlorhydrie tend à devenir plus fréquente vers la fin de la maladie.

Au point de vue clinique, les différentes formes de dyspepsie chez les tuberculeux sont les suivantes :

La forme légère neurasthénique ou dyspepsie *sensitivo-motrice* : banale et bénigne, elles se caractérise par la diminution de l'appétit, le ballonnement, une sensation de brûlure sous l'influence des repas. Point épigastrique douloureux.

La forme neurasthénique grave : importante à connaître. Les malades sont affaiblis, épuisés, maigrissent, éprouvent une grande fatigue le matin, ont quelquefois des douleurs de tête et dans le dos : leur sommeil est mauvais, leur état moral déplorable. Sous l'influence du repos et de la suralimentation, ils ne se remontent pas, ou momentanément seulement,

et bientôt apparaissent des phénomènes de tuberculose. Se défier du diagnostic de neurasthénie grave essentielle.

La forme pseudo-chlorotique : Malades pâles, déprimées, amaigries, d'aspect anémique, avec dyspepsie douloureuse. Pour faire le diagnostic dans ce cas, se souvenir de la définition de Germain Sée, qui rappelle par quelques points la manière savante et humoristique de Pajot : « La chlorotique vraie est une jeune fille qui conserve ses formes et son aspect extérieur. Elle est pâle, essoufflée; évidemment elle manque de sang; mais elle ne maigrit pas, elle peut encore inspirer des passions. L'autre, la fausse chlorotique tuberculeuse, ne peut inspirer que la pitié; elle maigrit, a un aspect tout à fait différent. »

Chez d'autres malades, peut se produire une dilatation considérable de l'estomac avec stase alimentaire et vomissement le matin. Ce dernier signe a une très grande importance et on peut diviser les malades en deux catégories distinctes sous ce rapport. Chez les uns, les phénomènes de stase disparaissent assez facilement sous l'influence du lavage de l'estomac et d'un régime convenable. Chez les autres, ils persistent quoi que vous fassiez : il existe, dans ce dernier cas, une sténose du pylore, tandis qu'il ne s'agit dans l'autre que d'un trouble fonctionnel et temporaire de l'estomac.

Enfin, dans une dernière catégorie, pourraient se ranger les tuberculeux qui vomissent sous l'influence de complications diverses, péritonite, méningite, etc. (1).

L'ARGYRINE PRINCIPE ACTIF DU MARRON D'INDE

Par le Dr Stéphen Arnault

En 1896, j'ai attiré l'attention des praticiens sur les remarquables effets de la teinture de marrons d'Inde (1) contre les douleurs hémorroïdaires.

Depuis, une centaine d'observations, tant personnelles que de médecins qui m'ont écrit sont venues confirmer l'efficacité presque absolue de ce médicament passé, même aujourd'hui dans la pratique courante.

Les seuls cas d'insuccès furent dus soit à des erreurs de diagnostic (fissures ou fistules), commises par quelques médecins, qui, sur la foi des malades, les traitaient comme hémorroïdaires sans les avoir examinés; soit à la chronicité et à la longue durée de la maladie où le médicament ne produisait guère que des améliorations passagères; soit enfin à la mauvaise préparation des teintures ou des extraits comme celles qui sont faites avec des marrons secs, par exemple, ou bien dans de mauvaises conditions, avec des alcools de degrés divers ou des concentrations indéterminées.

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

Pour parer à cette dernière cause d'insuccès, et pour avoir aussi un médicament régulièrement actif, j'avais prié un chimiste de mes amis, M. Sinibaldi de me préparer les divers principes du marron d'Inde pour les expérimenter.

Or, le principe actif du marron contre l'hémorroïde n'est pas l'*esculine*, qui d'ailleurs n'y existe qu'en proportions insignifiantes, ni l'*esculétine* comme on pouvait le prévoir puisqu'elle en dérive, ni l'*acide esculotannique*, ni le *saponine* de Frémy, ou *appodescine*, ni l'*huile*, qui n'existe pas dans le marron frais, ni l'*argyrescine*, ni l'*argyrénétine*, c'est un corps très voisin de ces deux derniers, dont il a les propriétés générales, mais qui en diffère par la préparation et les réactions et que nous avons appelé l'*argyrine* pour rappeler les affinités avec l'argyrescine.

L'*argyrine* est comme cette dernière un glucoside de couleur gris jaune clair, à odeur de réglisse, de saveur douce, comme sucrée, à la pointe de la langue, devenant d'une amertume intense et presque strangulante à la base.

Sa manipulation ne laisse pas que d'être désagréable par les éternuements que provoque la poudre, la saveur amère et pénible qu'elle laisse à la gorge par les poussières qui s'en élèvent, les coliques avec sensation de pesanteur dans le ventre et au foie qu'elle provoque au bout de quelques heures de séjour dans le laboratoire. Tout ceci prouve que c'est un médicament actif.

L'argyrine est peu soluble dans l'eau froide, davantage dans l'eau chaude ; en toutes proportions dans l'alcool et l'eau alcoolisée à 25°. L'éther la précipite de sa solution dans l'alcool absolu. Toute ses solutions sont fluorescentes ou mieux opalescentes. Les alcalis la dissolvent et la décomposent. Elle est fusible et donne une flamme fuligineuse comme une résine.

Le marron n'en renferme guère que 1 0/0, et elle réside exclusivement dans les cotylédons. J'ai administré l'*argyrine* en pilules de un centigramme, ce qui correspond à 5 gouttes environ de teinture de marrons prescrite jusqu'ici, et j'en ai obtenu les mêmes effets. Généralement une pilule avant chaque repas suffit, quelquefois deux sont nécessaires et, comme avec la teinture ce qui frappe le plus est la rapidité d'action.

Quelques-unes des vingt observations que j'en ai recueillies depuis un an, sont intéressantes, je me bornerai à citer celles-là seulement :

I. M. B..., conducteur des Ponts et Chaussées, âgé de 58 ans est atteint d'hémorroïdes chroniques, et depuis six ans a trois ou quatre selles par jour, à chacune desquelles il souffre et perd beaucoup de sang. Rien n'a pu arrêter jusqu'à ce jour ce flux qui l'anémie beaucoup et lui donne un aspect presque cacchectique.

Il prend une pilule d'argyrine de un centigramme avant chaque repas ; dès le lendemain les douleurs cessent et l'hémorragie est moins abondante ; au bout de trois jours il ne perd plus du tout de sang et ne souffre plus. Il cesse au bout de huit jours d'en prendre et voit revenir les hémorragies avec la douleur : il se remet au régime d'une pilule avant chaque repas, tout rentre du jour au lendemain dans l'ordre, et quand, après trois semaines consécutives de ce traitement, il le cesse dans les premiers jours de décembre 1899, il n'est plus repris de ses accidents. Il est actuellement, en mai, très bien portant.

II. Mme K..., a 48 ans, elle n'est plus réglée depuis deux ans, mais elle souffre d'hémorroïdes internes avec bourrelet et qui saignent même dans l'intervalle des selles, au point de remplir de sang ses bas et ses bottines. Elle prend avant chaque repas une pilule d'argyrine de un centigramme et dès le second jour n'a plus de douleurs ; le troisième les hémorragies cessent pour ne plus revenir après quinze jours de traitement.

III. Mme J..., 36 ans, est une femme nerveuse dyspeptique qui souffre beaucoup d'hémorroïdes internes qui saignent au moment des selles et sont très douloureuses dans les intervalles ;

ces douleurs la rendent hypocondriaque; trois pilules d'argyrine de un centigramme la guérissent et depuis deux mois elle ne souffre plus.

Toutes les observations se ressemblent, et quand le succès doit couronner le traitement, ce qui est heureusement là grande majorité des cas, on pourrait les copier les unes sur les autres, surtout en ce qui concerne la rapidité d'action. Cependant dans quelques circonstances, on ne pourrait attribuer l'insuccès qu'à une sorte de prédisposition constitutionnelle, comme dans le cas suivant, car la teinture avait jadis amélioré la malade.

IV. Mme A..., 32 ans, est atteinte d'hémorroïdes internes qui deviennent douloureuses et fluentes dans la semaine qui suit les règles deux ou trois mois de suite, une ou deux fois par an.

La teinture, sans la calmer complètement, a toujours apaisé son état. Elle prend, il y a trois mois, une pilule d'argyrine de un centigramme avant chaque repas et le soir même l'hémorragie a cessé mais les douleurs sont exaspérées ; deux pilules prises le lendemain ne font que l'exagérer encore. Elles se calment les jours suivants et la malade ne souffre plus au bout de huit jours pendant lesquels elle a refusé de prendre de nouvelles pilules.

Le mois suivant elles reviennent de nouveau avec une hémorragie et la teinture qui dans les premières attaques avait réussi, a un effet à peine appréciable.

Il y a ici quelque chose de particulier : on pourrait croire que nous avions affaire à des hémorroïdes supplémentaires des règles et que, dans ce cas spécial, le marron d'Inde est impuissant ; mais il ne s'agit de rien de semblable, parce que d'abord la teinture a réussi à calmer en quelques heures chez la même malade des crises antérieures de même nature et qu'ensuite un de ses oncles a présenté exactement les mêmes phénomènes, tandis que sa sœur dans les mêmes circonstances en obtint le plus grand soulagement. Voici, à titre de contraste, leurs observations :

V. M. J. de M..., oncle de la malade précédente, a 68 ans et est depuis une dizaine d'années, sujet à des crises hépatiques, toujours suivies de poussées hémorroïdaires. La teinture n'a jamais rapidement ni complètement arrêté les crises, mais elle soulageait d'une façon passagère.

A sa dernière crise survenue, il y a quinze jours, il essaya des pilules d'argyrine qui, au lieu d'apaiser, exaspérèrent les douleurs même à la dose de deux et trois centigrammes.

Peut-être pourrait-on rapprocher le cas de M. J. de M... de celui de sa nièce et avec quelque apparence de logique le considérer comme une poussée congestive des veines hémorroïdales, complémentaire d'une congestion hépatique plus ou moins intense, comme chez la jeune femme il s'agissait de poussées congestives complémentaires de la congestion utérine.

Dans ces conditions, on s'expliquerait mieux que par une idiosyncrasie, mot, qui au fond, n'explique rien, l'insuccès dans ces deux cas. Voici néanmoins, à titre de comparaison, l'histoire de la dernière crise hémorroïdaire de la sœur de la malade en question :

VI. Mme D... a 43 ans ; c'est une rhumatisante qui a eu dans ces dernières années deux poussées violentes d'hémorroïdes externes avec hémorragies abondantes et douleurs extrêmement vives. La teinture antérieurement lui a toujours très bien réussi. Lors de sa dernière crise survenue en janvier dernier, elle prit de l'argyrine. Une pilule de un centigramme avant le repas du soir lui permit de passer une nuit très calme ; le lendemain elle eut encore quelque douleur et une hémorragie légère à la selle, mais dès la seconde pilule elle fut complètement calmée et ne jugeant plus nécessaire d'en reprendre elle s'abstint et n'eut pas de rechute.

On ne saurait conclure de deux observations défavorables sur vingt que l'argyrine

soit moins efficace que la teinture, car, outre les conditions spéciales où l'affection se développait dans ces deux cas, l'effet fut trop réellement frappant dans tous les autres. J'ai cependant fait une observation intéressante, c'est que, d'une manière générale, la teinture semblait agir plus vite que l'argyrine pure. Aussi bien ai-je fait ensuite des essais avec l'argyrine combinée à l'acide esculo-tannique contenu dans le perisperme et qu'il suffit de traiter en même temps que les cotylédons pour obtenir en combinaison, et j'ai remarqué un effet plus rapide, plus comparable à celui de la teinture où sans doute s'est effectuée la combinaison des deux principes. Je rappelle cependant que l'acide esculo-tannique seul, pas plus que l'extrait du perisperme isolé ne se montrèrent actifs.

L'argyrine gagnerait donc à être combinée à un sel organique, surtout un tannin.

Mais je veux encore avant de terminer, citer une observation des plus intéressantes :

Prurit hémorroidaire avec pertes séminales guéri par l'argyrine

VII. Il s'agit d'un rhumatisant, M. G..., âgé de 50 ans, représentant de commerce, qui a subi en 1870, une résection du coude et a eu à plusieurs reprises des attaques de rhumatisme articulaire ; c'est un neurasthénique accentué.

Depuis huit ans environ, il éprouve des démangeaisons anales presque continues, mais qui subissent, surtout la nuit, des exacerbations qui les rendent intolérables et qui s'accompagnent de pertes séminales répétées. Il suffit que le malade se gratte pour qu'une éjaculation se produise. Cet état le fatigue beaucoup, le rend mélancolique et est pour beaucoup dans la neurasthénie.

Rien n'a pu arrêter jusqu'à présent ces démangeaisons, ni les lavages à l'eau froide qui se répètent plusieurs fois par nuit, n'amenant qu'un soulagement passager, ni les applications de pommades, d'huile et même de sel et des révulsifs. Jamais personne n'a pensé que ce prurit pourrait être hémorroïdaire et pourtant le malade a de temps en temps des hémorragies avec ses selles, mais sans douleurs, ce qui n'a attiré ni son attention, ni celle des médecins nombreux qu'il a consultés.

Je lui ordonne une pilule d'argyrine de un centigrammme avant chaque repas. Il les prend à midi et le soir : dès le lendemain, il est soulagé. Dans les 15 jours qui suivent et pendant lesquels il continue le traitement, il n'a eu qu'une fois des pertes séminales et pas une fois un accès de démangeaisons, ce qui pour lui est inappréciable, car auparavant il était obligé de s'arrêter souvent dans la rue, de chercher un refuge, urinier ou autre, pour se gratter.

Le traitement fut suivi pendant deux mois et jamais depuis plus de six mois, il n'a plus rien senti.

Conclusions — Le principe actif du marron d'Inde n'est pas un de ses dérivés jusqu'ici connus. C'est un glucoside nouveau, très voisin de l'argyrescine de Fremy et de l'approdescine mais en différant pas ses réactions et que nous avons nommé *argyrine* pour rappeler cette parenté.

Cette argyrine se montre efficace contre les douleurs et les hémorragies hémorroïdaires au même titre que les teintures ou les extraits, surtout si elle est combinée à l'acide esculo-tannique, et présentera plus de sécurité d'action que ces derniers, si souvent mal préparés ou mal dosés à une ou deux exceptions près.

Elle s'administre sous forme de pilules ou mieux de petits granules au miel et au sucre de 1 centigramme, à prendre un ou deux (suivant intensité de douleurs) avant chaque repas.

C'est en tout cas un médicament très actif, comme le montrent les observations recueillies et même les accidents de sa manipulation et les expériences sur les animaux.

Les expériences, encore en cours, sur les animaux, grenouilles, lapins, chiens, mon-

trent que l'argyrine, en solution dans l'eau distillée, est un médicament vaso-constricteur périphérique.

Elle agit plus manifestement à ce point de vue en injections hypodermiques et elle s'y montre moins toxique qu'ingérée.

Son action la plus frappante et la plus curieuse est l'insensibilité générale qui suit son administration chez les animaux. Tous les mouvements sont conservés, à peine ralentis, les réflexes persistent quoique retardés et moins énergiques, mais on peut toucher, pincer l'animal sans qu'il manifeste la moindre sensation. Cet état dure en moyenne 15 à 20 heures.

Tous les animaux, pour qui la dose toxique paraît variable, meurent en diastole avec congestion du foie et de la vessie. Un centigramme d'argyrine en injection hypodermique ou ingéré tue les grenouilles en 24 à 80 heures.

Un centigramme par kilo de lapin peut le tuer en une heure, par l'estomac ; la même dose injectée l'insensibilise seulement.

Un centigramme par kilo chez le chien, ne provoque qu'une diminution notable de la sensibilité, quelques spasmes de muscles lombaires et le rend manifestement malade pendant 48 heures.

Les expériences se poursuivent et j'en donnerai ultérieurement les résultats définitifs.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(*Séance du 25 juillet 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. de Fleury donne lecture de la première partie de son rapport concernant le *traitement de la neurasthénie*. En premier lieu, il y a lieu de se demander si les troubles digestifs, dont se plaignent ces malades, sont une cause ou un effet de la maladie. Si l'on admet que le trouble des fonctions mentales constitue la dominante de l'affection, on aura la tendance à se contenter, pour traiter ces malades, de la suggestion à l'état de veille, et l'on considèrera comme superflus, les traitements ordinaires (électricité, douches, massage, etc.).

Faut-il faire subir à la thérapeutique de la neurasthénie une évolution parallèle à celle que M. Pierre Janet a imprimée au traitement de l'hystérie ? Mais le neurasthénique n'est pas dominé par une idée fixe comme l'hystérique, il présente une tendance en bloc vers la dépression, avec des oscillations continuelles, sous l'influence du temps, de la faim, du repos, etc., alors que l'hystérique offre des accidents tenaces et peu variables, qui se modifient seulement si une nouvelle suggestion remplace celle qui a produit l'accident.

S'il est vrai que la neurasthénie est, avant tout, une maladie du système nerveux avec troubles secondaires de la digestion et de la nutrition, il faudrait se garder d'en conclure que la thérapeutique doive s'adresser au système nerveux seul : en traitant le tube digestif, on obtient des réactions salutaires sur l'état mental.

En résumé, les phénomènes nerveux de la maladie de Beard sont primitifs, mais la dyspepsie les entretient ou les aggrave, sans les créer de toutes pièces. L'état mental de ces malades n'est pas, comme chez l'hystérique, créateur de symptômes : ces derniers ne sont pas engendrés par l'idée fixe.

M. Désesquelles donne lecture d'une note intitulée : *Traitement de l'érysipèle de la face par des badigeonnages d'une solution huileuse de gaïacol, menthol et camphre.* L'auteur a reconnu que cette méthode produit rapidement la défervescence des accidents fébriles, un soulagement immédiat, la guérison sans complication de l'état local, avec absence d'irritation due aux badigeonnages et innocuité absolue. La formule préconisée par l'auteur est la suivante :

Gaïacol cristallisé	1 gramme
Menthol	1 —
Huile camphrée	30 cc.

Us. Ext. Badigeonner toutes les deux heures, les tissus malades et les tissus sains environnants.

Comme le gaïacol mélangé au camphre donne une combinaison moléculaire liquide, qui a la propriété de dissoudre les phénols, le menthol, l'iodoforme, etc., on peut composer des formules variées en prenant ce mélange pour base.

M. Rénon présente une note concernant le traitement de la *talalgie blennorrhagique par les bains d'air chaud.* On sait que la talalgie blennorrhagique constitue une affection rebelle aux médications, mais les bains d'air chaud, ainsi que le démontrent deux cas personnels de l'auteur, représentent un traitement très efficace, car dès les premières séances, la maladie rétrocède et elle guérit après une vingtaine de séances.

L'auteur se sert d'un appareil chauffé au gaz dans lequel on place le membre du malade enveloppé complètement de toile ou de flanelle. On pousse la température jusqu'à 130°, et on la maintient à ce chiffre pendant vingt minutes. On obtient ainsi une sudation énergique sans brûlure.

M. Heftler donne lecture d'un travail intitulé : *Traitement balnéo-mécanique, à domicile, des affections chroniques du cœur.*

Depuis longtemps, en France, on s'occupe, sous l'inspiration de M. Huchard, du traitement des cardiopathies chroniques par les agents physiques. Le travail inaugural de M. Patot est, pour ainsi dire, la synthèse de cette question. Les travaux de M. Cautru sur le massage abdominal et les communications de M. Huchard à l'Académie de médecine sont bien connus. On sait, d'autre part que notre pays est très riche en eaux minérales gazeuses comme par exemple Royat, Salins-Moutier, Saint-Nectaire, Châteauneuf dont la puissance thérapeutique égale celle des plus célèbres de l'étranger. L'auteur veut démontrer que l'on peut faire de la façon la plus efficace une cure, des cures répetées de bains carbo-gazeux chez soi, à domicile. Durant plusieurs années il s'est consacré à l'étude de cette question de pratique médicale, et il est arrivé à la conviction que si cette thérapeutique par les bains et la gymnastique compte réellement parmi les plus puissantes que l'on possède contre les affections chroniques du cœur elle n'a rien qui doive la faire considérer comme l'apanage exclusif de telle ou telle station balnéaire. Cette thérapeutique peut au contraire être mise à contribution partout et toujours avec la plus grande facilité. Il suffit de quelques kilogrammes de sel marin, de quelques centaines de grammes de chlorure de calcium et de la quantité voulue d'eau chaude. Avec ces ingrédients, on arrive à composer une variété considérable de bains donnant absolument les mêmes résultats thérapeutiques que le thermalbad, par exemple, de Nauheim. Et si à cette composition saline on ajoute encore un mélange gazogène ou si, plus

simplement, on y introduit de l'acide carbonique du commerce, on constitue un bain dont la puissance thérapeutique ne le cède en rien au sprudel de Nauheim. Il y a à cette similitude d'action des deux espèces de bains une excellente raison : c'est qu'une grande partie des eaux qui alimentent les établissements balnéaires de la station allemande n'est point naturelle elle-même au sens strict du mot, c'est-à-dire n'est point telle que la nature la produit. Car avant d'être utilisée cette eau séjourne plus ou moins longtemps dans des bassins exposés à l'action de l'air libre où elle subit des modifications qui altèrent ses caractères physiques et chimiques. De plus sa thermalité même, cette propriété physique à laquelle on attribue une si grande importance est modifiée et sujette à l'influence de la température de l'air ambiant. De sorte que pour donner à leurs bains le degré de chaleur voulu les médecins de Nauheim ont recours à des moyens artificiels. Cette eau minérale est donc, on le voit, soumise à de nombreuses manipulations et n'a guère le droit d'être qualifiée de naturelle. Dès lors rien d'étonnant à ce que la même solution, préparée et employée à domicile, produise les mêmes effets qu'à Nauheim.

La Technique, le modus faciendi du traitement balnéaire à domicile, est très simple, on commence le traitement par un bain faible, contenant 3 kilos de chlorure de sodium et 300 grammes de chlorure de calcium pour 300 litres d'eau des 33 à 35°cent. suivant la saison. La durée du bain sera de 5 à 10 minutes. Au fur et à mesure du progrès de la cure on augmente le taux de la solution jusqu'à concurrence en 6, 7 et 9 kilos de sel et de 500 à 600 grammes de chlorure calcique par bain. La durée du bain suit également une lente progression ascendante jusqu'à 20 minutes. L'auteur fait prendre ces bains par séries de trois, séparées les unes des autres par un jour franc. 25 à 30 bains sont en moyenne nécessaires pour une cure entière. Chaque bain est suivi d'une friction sèche sur le corps entier et d'un repos absolu d'une heure.

Quels sont les effets *physiologiques et thérapeutiques* de ces bains ?

Après une période très courte d'immersion dans le bain on constate un spasme passager des artères périphériques, qui fait place à une dilatation de ces vaisseux. La circulation à la périphérie, augmentée encore par l'excitation du revêtement cutané est de ce fait accélérée. Le cœur soulagé par la diminution de résistance qu'il rencontre du côté du système artériel, largement ouvert, se contracte vigoureusement lançant tout son contenu de sang dans l'aorte, dont la tension s'élève, tandis que le reflux veineux vers le cœur droit, s'accomplit plus facilement. Les deux phases de la révolution cardiaque prennent ainsi une plus grande amplitude et s'effectuent, par conséquent, plus lentement dans l'unité de temps. La fréquence du pouls baisse, son volume augmente. Il s'ensuit un soulagement du cœur, une économie de force, une tonification, une sédation de l'organe moteur de la circulation. Aussi à l'auscultation, on trouve souvent les bruits du cœur plus distincts, mieux frappés à la suite d'un bain et les souffles dus à une insuffisance relative des valvules disparaissent quelquefois pour faire place à un bruit. D'autrefois, la contraction plus énergique du myocarde fait apparaître distinctement un souffle qui ne s'était pas révélé auparavant, Les effets d'une cure bien conduite se traduisent par la diminution ou même la disparition des congestions viscérales, du foie principalement et des reins, et par la désobstruction de la circulation pulmonaire. Commo conséquence de la régularisation de la circulation générale et parallèlement à l'augmentation de la diurèse, on constate une diminution des œdèmes et autres transsudations séreuses. L'échange des tissus est activé ainsi que la nutrition de l'organisme en général et celle du cœur en particulier, qui plus abondamment irrigué par les coronaires acquiert un accroissement de forces et une modification favorable de son état pathologique, à moins que ses fibres aient perdu toute possibilité de restauration morphologique. Aussi l'état général du malade s'améliore, son appétit augmente considérablement : s'il était auparavant incapable de conserver la nuit la position horizontale, il récupère la faculté de dormir dans la situation normale du corps. Tel autre malade qui ne pouvait se mouvoir, même sur un terrain plat, qu'au prix d'une dyspnée pénible, se livrera sans effort à des promenades plus ou moins longues.

Le second facteur du traitemeut des cardiopathies chroniques est la gymnastique avec résistance, consistant en des mouvements actifs exécutés méthodiquement par les malades auxquels un aide-gymnaste exercé oppose avec ses mains une certaine résistance. Bien que la gymnastique ne soit en général employée par l'auteur que comme un adjuvant, elle peut parfois devenir le

moyen principal, même unique ; elle a donné des succès dans l'insuffisance mitrale en voie de décompensation.

Les affections justiciables du traitement balnéo-mécanique sont les suivantes : en premier lieu les insuffisances fonctionnelles du cœur, avec ou sans lésions valvulaire. Ensuite les dilatations brusques du myocarde, comme il s'en rencontre à la suite d'un effort violent chez les sujets dont le cœur est déjà atteint dans son intégrité quoique encore d'une façon latente, comme chez les goutteux, les tabagiques, les alcooliques, les artério-scléreux. La surcharge et la dégénérescence graisseuses, des états consécutifs aux maladies infectieuses offrent de même un champ d'action très favorable. Les endocardites valvulaires d'origine rhumatismale récentes, sont les plus accessibles à ce traitement. Il est indigne d'un médecin sérieux de dire qu'il soit possible par cette méthode ou par toute autre d'obtenir une guérison anatomique d'une lésion valvulaire constituée.

L'angine de poitrine s'associe à divers états morbides du cœur en dehors de la sclérose coronarienne. On peut citer à cet égard les altérations de myocarde, l'alcoolisme, le tabagisme, certaines affections nerveuses et vasomotrices. Toutes ces variétés sont justiciables de la méthode,

Comme contre-indication formelle, il faut considérer l'anévrysme de l'aorte et l'artériosclérose avancée.

On sait que les voyages en chemin de fer font courir aux cardiaques de graves dangers : aussi est-il bien préférable de soumettre ces malades à un traitement dans leur domicile, plutôt que de les envoyer dans des stations balnéaires éloignées, d'ailleurs inaccessibles aux petites bourses. Le traitement préconisé par l'auteur presente ce grand avantage d'être indépendant du temps et du lieu, et d'être applicable partout avec une égale facilité.

M. Huchard constate que les savants étrangers qui se sont occupés de cette question (bains de Nauheim p. ex.) ne distinguent pas les cardiopathies en artérielles et valvulaires, et méconnaissent la dyspnée toxi-alimentaire et l'importance de la diététique. Quand on annonce des guérisons organiques de lésions cardiaques, il s'agit de guérisons fonctionnelles.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Le genu valgum et son traitement, par le Dr Guelliot, chir. de l'Hôtel-Dieu de Reims (*Union méd. du Nord-Est,* n° 7, 1900). — Après avoir constaté que la cause première du genu valgum nous échappe, l'auteur nous donne les résultats de sa pratique sur une grande population ouvrière. Nous trouvons quelques aperçus cliniques qu'il nous paraît intéressant de signaler. Le sujet atteint de genu valgum, malgré quelques obscurités étymologiques, est celui qui a les *genoux* en dedans et la *jambe en dehors* (valgus). C'est le *cagneux,* que l'on doit opposer au *bancal.* Mais l'usage a prévalu de conserver cette appellation vicieuse.

L'angle à sinus externe que forme ainsi la jambe avec la cuisse, c'est-à-dire le degré de la déviation, est mesuré par la perpendiculaire abaissée du condyle externe sur la ligne qui joint le trochanter à la malléole externe, ou base du triangle dont le genou est le sommet.

Le genu valgum est généralement double; mais tantôt par une déformation latérale symétrique, portant l'interligne articulaire obliquement en bas et en dedans par l'hypertrophie du condyle interne, et tantôt par la création d'une *courbure de compensation* du côté sain. Dans ce dernier cas, au lieu d'avoir un renversé formé par les deux jambes, on enregistre par le dessin de leur contour deux guillemets. Dans cette alternative, le traitement du côté malade suffit à faire disparaître spontanément la déformation compensatrice du côté sain.

Quel doit-être le traitement ?

Celui-ci aura plus de chance de réussir si le sujet est opéré très jeune ; les résultats obtenus par M. Guelliot chez des enfants de 12 à 15 ans ont tous laissé à désirer. Cela est facile à comprendre puisque la station debout aggrave cette déviation. L'état social du jeune malade doit entrer en ligne de compte en thérapeutique.

Ce n'est que chez l'enfant bien soigné que l'on pourra tenter constamment, ou pendant la nuit seulement, *l'attelle externe* avec une bande dont l'action redresse le genou. La surveillance intelligente des parents est indispensable et le résultat obtenu est presque parfait. Le redressement brusque convient aux cas avancés et aux classes ouvrières. Des observations nombreuses prouvent que l'ostéoclasie ou l'ostéotomie donnent des résultats sensiblement les mêmes. Mais ne doit-on pas proscrire toute méthode aveugle, aujourd'hui que l'on possède les moyens d'opérer en toute sécurité.

Or, c'est ce qui se produit pour de nombreux redressements manuels ou instrumentaux. On produit une entorse de l'articulation, avec épanchement ; il est arrivé même souvent que les ligaments se relâchent ou qu'il y a décollement épiphysaire et fausse réduction. Au jour où l'appareil plâtré est enlevé, la jambe peut être entraînée au dehors comme auparavant.

L'*ostéotomie* est plus sûre dans ses résultats. Le membre reposant sur un coussin de sable, on fait une incision suffisamment longue en dedans du témur (d'aucuns préfèrent en dehors) au-dessus du condyle interne, en avant de la corde de l'adducteur. C'est le doigt du chirurgien qui doit conduire et guider l'ostéotome. Le ciseau de Mac Essen est enfoncé dans l'os à petits coups de maillet. On enlève la section de la lame externe par un coup de poignet vers la fin. Après suture de la plaie, le membre est redressé et fixé par un appareil plâtré, qui doit remonter haut, surtout chez les jeunes enfants. En cinq ou six semaines, la guérison est complète.

L'auteur conclut en conseillant d'opérer à partir de l'âge de 2 ans. Il n'a jamais observé de complication à la suite de l'ostéotomie et le redressement fut toujours parfait.

A. Benoit.

Traitement ostéoplastique des pertes de substance du tibia par M. Schloffer (*Beitrœge Z. Klin. Chir.* XXV, I). — L'A, examine les différents procédés à employer lorsque le tibia est détruit en totalité sur une certaine étendue (ostéomyélite) ou lorsqu'il existe de la pseudarthrose. Le procédé de Hahn est recommandable, il consiste à emprunter au péroné le segment osseux qui fait défaut et à l'implanter en haut et en bas dans le tibia sain, comme l'a fait avec succès Wolfer. Les opérés peuvent, au bout d'un certain temps s'appuyer sur leur jambe et marcher à l'aide d'un appareil orthopédique léger.

Mais, lorsque l'extrémité supérieure du tibia permet la formation d'un lambeau ostéo-périostéo-cutané (procédé de M. Muller) que l'on retourne et que l'on applique sur la perte de substance du tibia, c'est à cette méthode seule qu'il faut recourir, puisqu'elle permet d'épargner le péroné. Les consolidations osseuses obtenues avec un pont ostéo-périostéo-cutané sont des plus solides, ainsi que l'examen radiographique permet de le vérifier.

A. Benoit.

Du chevauchement des fragments dans la fracture de jambe, par G. Golding-Bird (*British Medical Journal*, 2051, 1900). — L'A. a remarqué dans ses expériences et ses interventions pour fracture à ciel ouvert que le principal obstacle à la réduction des fractures de jambe réside dans ce fait que le tibia n'est pas un os libre, comme le fémur, mais il est lié à l'os par une aponévrose et des articulations solides. C'est le péroné lui-même, qui se fracture à une hauteur différente, comme on sait, auquel il faut imputer les difficultés extrêmes de réduction que l'on rencontre parfois dans les fractures spiroïdes du tibia.

A la suite de cet important travail, M. Golding-Bird conclut de la manière suivante : lorsque des manipulations rationnelles ne sont pas venues à bout du déplacement, lorsque le pied refuse de revenir dans l'axe de la jambe et que l'on a à craindre sérieusement pour la fonction du membre, il est indiqué d'intervenir.

L'opération consistera essentiellement à découvrir le foyer de la fracture, enlever le sang extravasé et remettre les fragments en bonne position en usant d'une certaine force.

Il sera souvent nécessaire de réséquer le troisième fragment rhomboïdal, s'il s'oppose à la réduction de la fracture. Il ne faudrait pas hésiter de même, si l'obstacle venait du péroné, faisant en quelque sorte « ressort », à le sectionner au même niveau que le tibia, pour remettre les fragments en bonne position.

A. Benoit.

Du massage dans les fractures, par René Morin (*Thèse de Paris*, 27 juin 1900). — Les fractures ont été pendant très longtemps traitées par l'immobilisation aussi absolue que possible.

Quelques praticiens ont essayé un nouveau mode de traitement qui consiste dans le massage de la partie fracturée.

L'auteur présente une série d'observations qui ont donné des résultats tout à fait satisfaisants.

Par le massage précoce, beaucoup des inconvénients causés par l'immobilisation absolue, sont évités.

Le premier effet du massage serait, suivant Evreinoff, la diminution de la douleur, qui se ferait d'autant plus vite sentir que le massage serait plus rapidement pratiqué.

L'œdème primitif disparaît après chaque séance, pour reparaître et persister si le massage est abandonné. L'œdème secondaire n'existe pas même chez les gens âgés.

L'ecchymose se dissipe.

Le volume du membre ne varie pas, et jamais il n'y a de paralysie musculaire, jamais de raideur, le col est moins volumineux et la possibilité des mouvements est si rapidement acquise, qu'il faut quelquefois entraver le zèle des malades qui, se croyant guéris, avant que la consolidation ne soit parfaite, se conduisent imprudemment.

Enfin, outre ses avantages au point de vue thérapeutique, le massage a permis, dans certains cas, d'appuyer un diagnostic hésitant.

Les fractures ouvertes peuvent, comme les autres bénéficier des mouvements provoqués, si l'on a su les mettre à l'abri des inoculations septiques. Partout où la septicité a pu être éteinte ou prévenue, le mouvement est favorable à la réparation.

Pour les fractures infectées comme pour les autres, l'immobilité n'est qu'un palliatif, un calmant momentané, mais insuffisant.

Le massage sera contre-indiqué, lorsque la mobilité des fragments expose à une déformation importante et définitive, on ne pourra l'entreprendre que lorque la consolidation sera suffisamment établie pour ne plus redouter les résultats de la mobilisation de ces fragments.

L'intégrité de la peau est nécessaire à la pratique du massage.

D'après Fège, le massage sera appliqué avec succès dans les contusions du membre et des articulations et leurs conséquences, dans toutes les entorses, les luxations, après réduction, fractures, artrites traumatiques récentes, anciennes et leurs suites, périarthrites, synovites de même origine, bosses sanguines, atrophie musculaire, névrites périphériques consécutives aux traumatismes, opérations récentes, etc.

M. Lucas Championnière divise en quatre classes les conditions de l'application du massage aux diverses variétés de fractures.

1° *Massage immédiat et continu.* — Dans le cas où il y a peu de déplacement et où les fragments sont, en général, maintenus en contact par leur position même. Tels sont le péroné et le radius.

2° *Massage immédiat suivi d'application d'appareil.* — Employé dans le même cas, avec cette diffrence que les fragments ont une grande tendance à se déplacer et à chevaucher.

3° *Massage mixte, placement d'un appareil inamovible et massage intermittent.* Dans les cas où il y a peu de tendance au déplacement (bras, cuisse).

4° *Immobilisation exacte suivie du massage après commencement de consolidation.* — Dans les cas où il y a grand déplacement, le membre mis en appareil y est laissé juste le temps nécessaire pour permettre au cal de se former.

Dans ce cas, l'appareil est retiré au moment du massage pour être réuni aussitôt après. On fera ainsi dans les fractures de l'humérus ou du fémur.

Les plaies suppurées et les fractures ouvertes ne sont qu'une contre-indication temporaire. Aussitôt la plaie fermée, on devra pratiquer le massage.

E. Vogt.

Allongement autoplastique du jarret pour une contracture cicatricielle de brûlure (*British medical journal*, 1900-2011). — M. Brook a imaginé de mettre en pratique les artifices souvent employés, dans ces derniers mois, pour certains muscles paralysés, à savoir, de greffer le bout inférieur de certains tendons sur les tendons voisins. Mais, comme il s'agissait de remédier à une flexion exagérée du genou, il a joint à ces déplacements la méthode du *glissement*. Le biceps fut divisé, suivant son épaisseur, en deux lanières qui donnèrent un allongement notable par glissement réciproque et suture solide de leurs extrémités. Le demi-membraneux et le demi-tendineux, trop grêles pour pouvoir être diniés en deux, furent sectionnés à différentes hauteurs. Le bout central du semi-tendineux, qui avait été sectionné le plus bas, fut suturé avec le bout périphérique du tendon semi-membraneux, qui avait été sectionné le plus haut. Les autres bouts furent fixés à leurs points de contact, contribuant ainsi ingénieusement au maintien intégral de leurs fonctions associées. Le raccourcissement des nerfs poplités fut vaincu par l'extension progressive du genou et des antoplasties successives permirent ensuite de recouvrir tout l'espace poplité.

A. Benoit.

Nouvelle méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, par le Pr Prunecek (de Prague) (*Sem. med.* 11 J., 1890). — L'A. a recherché dans la série des caustiques, ceux qui peuvent provoquer à la fois la nécrose des parties atteintes et l'inflammation des zones voisines, sans exposer les malades à l'intoxication.

Il s'est arrêté aux sels solubles du sérum sanguin à dose caustique. Sa formule contient 20 0/0 de sel et comprend :

Sulfate de soude.....	16 gr. 40
Chlorure de sodium.....	16 gr. 40
Chlorate de soude.....	0 gr. 50
Carbonate de soude.....	0 gr. 70
Sulfate de potasse.....	0 gr. 94
Eau.....	80 gr.

Cette solution, claire et transparente, doit être injectée, au moyen d'une seringue de Pravaz munie d'une canule, dans les fistules des arthrites tuberculeuses du membre supérieur du genou, dans celles de la *coxalgie* surtout. Il faut bourrer de ouate l'ouverture autour de la canule prudemment introduite. Le liquide poussé avec force ressort par les autres fistules, quand elles sont multiples. On peut, à la suite, faire de l'antiseptie ordinaire pour favoriser l'élimination (éther iodoformé). La réaction inflammatoire est intense, mais la douleur est très supportable. Ce traitement est généralement mieux accepté qu'une opération. Une seule injection suffit pour les articulations qui ne sont pas profondément atteintes. On calme la réaction inflammatoire par les applications de compresses froides et on favorise l'ankylose par l'immobilisation en bonne position, suivant l'articulation atteinte. Dans les cas graves, il faut persévérer plusieurs mois et répéter l'injection au bout de 3 à 4 semaines. C'est surtout lorsqu'il n'existe pas de séquestre que la méthode est indiquée.

Quant aux résultats, l'auteur a obtenu des guérisons complètes des lésions du coude et du pied chez des sujets de 18 ans, qui semblaient condamnés à la mutilation.

A. Benoit.

Gangrène sénile (*Normandie médicale*, n° 8), par G. Wolch. — En face d'un cas de gangrène athéromateuse chez des sujets *très âgés*, est-il sage de laisser la nature creuser son sillon d'élimination, sous le couvert des pansements antiseptiques? L'observation publiée ici semble permettre à l'auteur de conclure de la façon suivante. Le grand âge des sujets est une indication formelle pour une intervention rapide, car de pareils malades ne sauraient supporter une cause aussi grave d'affaiblissement. A quel niveau doit-on amputer? Landow est pour les amputations parcimonieuses ; il faut selon lui désinfec-

ter le foyer, débrider et amputer à trois travers de doigt au-dessus du sillon. Manteuffel, Heidenhain, Küster préconisent l'amputation de la cuisse. C'est à ce dernier avis que se rallie l'auteur, du moins pour les sujets affaiblis dont il s'occupe, c'est-à-dire ceux auxquels il ne faut pas laisser courir des risques de récidive, imposant des amputations nécessaires auxquelles ils pourraient ne pas résister.

A. Benoit.

Du traitement des ulcères de jambes par la compression et l'appareil silicaté, par Joseph Regnault (*Thèse de Paris*, 22 juin 1900). — Les lésions profondes qui préparent et entretiennent l'ulcère des jambes en rendent le traitement difficile.

Le repos dans la position horizontale est le plus sûr moyen, d'arriver à une guérison rapide. Cette condition observée tous les traitements sont bons, à la condition d'être propres.

Malheureusement ce repos absolu est souvent impossible à obtenir du malade, il est donc nécessaire de trouver un moyen d'éviter cette condition si pénible.

L'auteur préconise le traitement par la compression ouatée qui amène la guérison en permettant la marche.

La plaie, une fois préparée et désinfectée, on place sur l'ulcère et sur la partie du membre avoisinante une petite épaisseur d'ouate hydrophile aseptique, puis commençant par le pied on enroule successivement autour du pied et de la jambe une ou deux couches d'ouate ordinaire divisée par larges bandes de dix doigts environ : cette ouate doit être assez épaisse.

On fixe cette couche d'ouate en enroulant très fortement autour d'elle une bande de gaze ou de toile très fine, dite toile à beurre qui diminue beaucoup le volume apparent du membre et exerce sur la plaie une compression assez forte, mais élastique et toujours facilement supportée.

Il ne reste plus qu'à recouvrir le tout d'une bande silicatée qui assure l'immobilité de l'appareil et la fixité du bandage.

La dessication doit être surveillée; le pied doit être maintenu dans la position nécessaire pour favoriser la marche, ce résultat sera facilement obtenu en faisant mettre la malade assis sur une chaise jusqu'à ce que le bandage soit sec.

A partir de ce moment le malade pourra sans inconvénient vaquer à ses occupations. Le bandage ne sera enlevé que dans vingt cinq jours. Lorsque le pansement exhale une mauvaise odeur nécessitant son renouvellement, c'est que l'application a été mal faite.

En général il suffit d'un second bandage fait au bout de 25 jours ; dans quelques cas exceptionnellement graves on est obligé de faire jusqu'à trois applications successives.

Selon l'auteur le traitement offre des avantages incontestables, il est simple, facile à faire, peu coûteux; et peut être fait par une personne de l'entourage du malade.

Il est bon d'aider le traitement local par l'usage des moyens internes. Dans ce but on pourra administrer l'iodure de potassium à la dose de 1, 2 et même 3 grammes par jour.

L'Hamamelis de Virginie en teinture, ou extrait fluide à la dose de 6 à 8 gouttes matin et soir peut être donné longtemps et sans danger ; joint au traitement local il amène une amélioration très remarquable.

E. Vogt.

Intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac, par le Dr Cerné (*Normandie médicale*, n° 8, 1900). — Relation de quatre cas, dans lesquels une intervention opératoire a eu lieu sans bénéfice notable pour les malades, envoyés tous dans des périodes trop avancées de leur affection cancéreuse. L'A. se plaint de ne pas voir se généraliser l'habitude des interventions précoces, les seules qui puissent prétendre à être radicales ; dans l'un de ses cas, il dût faire une gastro-entérostomie très vicieuse ; dans un autre, concernant une jeune femme de 24 *ans*, il fallut effondrer l'épiploon gastro-colique pour atteindre les ganglions situés sur le bord du colon transverse et le malade succomba en 7 heures à une gangrène du colon, occupant 6 à 7 cent. du bord antérieur et révélés par l'*autopsie*.

A. Benoit.

Statistique concernant cent cas de cancer de la mamelle : résultats opératoires (*Medical News* 28 avril 1900). — Mac Williams publie une statistique personnelle qui lui donne 34 0/0 de guérisons sans récidive après 3 ans. Il y a donc lieu de ne plus considérer les interventions dans la région mammaire comme simplement palliatives, et surtout de faire entrer cette notion dans l'esprit des praticiens, trop enclins à ne pas insister auprès des malades en faveur d'une intervention hâtive.

La mortalité opératoire à été de 4 0/0 ; dans 59 0/0 des cas, l'existence a été prolongée d'une année, dans 36 0/0 de 2 ans. La récidive s'est montrée dans la première année dans 21 cas, dans la seconde dans 28, localement dans 15 cas et dans les poumons dans 6.

E. Vogt

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Sanatoriums et tuberculose par G. Bardet (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 juin 1900. — L'auteur proteste contre l'absolu des théories actuelles qui veulent faire du sanatoruim une condition exclusivement nécessaire du traitement de la tuberculose.

Si parmi les gens riches les malades sont toujours disposés à se soumettre au traitement dans un sanatoruim, les malades de la classe ouvrière ne peuvent quitter leurs travaux pendant le temps reconnu nécessaire. D'un autre côté, les sanatoriums gratuits sont souvent des maisons de santé ordinaires qui ne sont ni organisées suivant les besoins de la thérapeutique actuelle, ni situées dans des climats favorables.

L'auteur s'élève contre l'habitude qui est prise trop souvent, même parmi les médecins, de considérer le tuberculeux comme fatalement condamné s'il ne peut tout quitter pour se soigner, et de laisser pénétrer au sein des masses cette notion que le tuberculeux est un agent dangereux de contagion, position terrible qui en fera un épouvantail pour son entourage.

Le tuberculeux n'est pas plus dangereux que le syphilitique et souvent le médecin s'abrite derrière le secret professionnel pour cacher cette maladie aux principaux intéressés alors qu'il n'observe pas la même réserve lorsqu'il s'agit d'un simple tuberculeux.

Tout en admettant le grand intérêt présenté par le traitement de la tuberculose par le sanatorium, l'auteur croit que le médecin doit être fort circonspect dans le conseil qu'il peut donner et que surtout il doit se garder de jeter l'alarme et le désespoir dans des familles qui ne peuvent se déplacer, en présentant le sanatorium comme l'unique traitement de la tuberculose.

Il faut prendre la question par le côté pratique et ne pas se laisser hypnotiser par la tuberculose acquise ; il faut prendre la maladie avant son apparition en songeant surtout à lutter contre les causes de l'infection tuberculeuse. La contagion est certainement dangereuse, mais elle ne prendra que les sujets qui présentent à l'infection un terrain favorable ; c'est donc surtout par la surveillance préventive qu'on arrivera à diminuer le nombre des tuberculeux : qu'on supprime l'alcoolisme et la moitié des cas se trouvera de ce simple fait rayée des statistiques léthales.

E. Vogt

Remarques sur le traitement par la digitale des désordres circulatoires chroniques (*The Practitioner*, avril 1900). — Grœdel croit qu'en surveillant avec soin la diurèse chez les cardiaques chroniques, on peut, en administrant régulièrement la digitale (0 gr. 20 à 0 gr. 40 d'infusion de feuilles une fois par semaine, p. ex.), prévenir les accidents sérieux, à condition de donner le médicament au jour précis où la diurèse commence à faiblir. On peut aussi recourir dans les cas de ce genre au strophanthus, à la caféine, etc.

Au point de vue de l'accumulation, les variations individuelles sont considérables et les accidents sérieux très rares. Quant au reproche souvent fait à ce médicament de provoquer de la dépression et de la destruction des tissus, l'auteur ne saurait l'admettre : les phénomènes observés dépendent de la maladie, non du médicament.

On a aussi publié des observations d'accoutumance, mais les nombreux auteurs, Huchard, von der Heiden, etc., nient la possibilité d'effets de ce genre. Grœdel a constaté chez un malade la disparition des troubles du système nerveux, dus à la digitale, à la suite d'un usage prolongé de petites doses du médicament, mais les effets cardio-toniques sont toujours restés les mêmes et l'on n'a pas été obligé d'augmenter la dose quotidienne de 0 gr. 10, même au bout de quelques années. Cette observation a du reste incité Grœdel à prescrire à plusieurs de ses patients de petites doses continuées pendant des semaines et des mois : d'accord avec Huchard, Eichhorst, Broadbent, il croit qu'on a singulièrement exagéré le pouvoir accumulateur de la digitale, car ses patients n'ont souffert en aucune façon du mode d'administration dont il est parlé ci-dessus.

Le traitement continu à faibles doses est indiqué spécialement dans l'insuffisance initiale, le cœur surmené, ou dégénéré par suite d'abus d'alcool ou de tabac. Dans les cardiopathies nerveuses, le médicament reste sans effet. Dans l'artério-sclérose, on réservera ce mode de médication aux stades ultimes avec hypotension artérielle. Dans la néphrite chronique, quand la résistance périphérique a augmenté, que le cœur a fléchi, on obtient parfois des résultats remarquables avec les petites doses longtemps administrées.

En résumé, l'auteur s'abstient, aussi longtemps que faire se peut, de prescrire la digitale dans les cas de troubles circulatoires chroniques, préférant les agents physiques et diététiques. Si enfin, l'emploi de la digitale devient nécessaire, il la donne à des intervalles aussi éloignés que possible, mais quand ce mode d'administration commence à ne plus enrayer rapidement

les accidents, il a recours au traitement continu à petites doses et souvent avec succès.

E. Vogt.

De l'emploi des bains artificiels de Nauheim dans les affections cardiaques par F. R. Henry (*The Medical Age*, 25 mars 1900). — L'auteur cite le cas d'une jeune fille atteinte d'anémie et dont le sang contenait une grande quantité d'éosinophiles. D'un premier examen, il résulta que le sang contenait environ 4.000.000 de globules rouges, l'hémoglobine montait à 50 0/0. Après le traitement l'hémoglobine était de 70 0/0, ce qui peut être considéré comme normal, Au dernier examen, le cœur est beaucoup plus petit, le souffle est moins marqué.

La malade fut soumise, en dernier ressort, aux bains artificiels de Nauheim. Ce traitement fut entrepris avec une certaine hésitation, la malade s'étant mal trouvée d'un premier bain qu'elle avait pris au moment où le cœur fonctionnait mal. Après la reprise des bains, l'amélioration devint extraordinairement rapide. Ces bains appelés bains de Nauheim sont une imitation des bains donnés à la source. Ils sont dus à l'invention du Dr Schott de Nauheim dont la réputation a été universellement établie par les succès qu'il a obtenus à cette source dans le traitement des affections cardiaques. Les eaux naturelles de Nauheim contiennent une grande quantité d'acide carbonique libre, environ 2 0/0 de chlorure de sodium, 2 0/00 de chlorure de calcium et à peu près la même quantité de carbonate de fer. On a découvert que des résultats pareils pouvaient être obtenus par des bains composés artificiellement avec les mêmes substances et employés à domicile.

La température joue un rôle important ; le bain doit être donné frais, à une température inférieure à celle du corps, L'acide carboniqne qui se dégage produit une sensation de chaleur, de fourmillement qui amène un certain bien-être. Au cours du bain il y a contraction des vaisseaux superficiels avec afflux vers les viscères dont les vaisseaux se dilatent : le cœur est ainsi soulagé. Lorsque le malade sort de l'eau, les vaisseaux superficiels se dilatent à leur tour et les viscères se décongestionnent.

Après plusieurs bains les pulsations deviennent plus nombreuses et plus pleines et l'appétit s'améliore.

Il faut faire boire de l'eau en abondance aux patients, au cours du traitement, afin de faciliter l'élimination de l'acide urique.

Le traitement balnéaire est également accompagné d'une gymnastique facile et simple chaque fois que le malade peut la supporter.

Quelques auteurs prétendent que le traitement des bains peut remplacer complètement toute médication, l'auteur n'est pas de cet avis, selon lui rien ne saurait remplacer la digitale, et les bains sont plutôt un adjuvant qu'un remplaçant.

Cette méthode des bains de Nauheim a été pratiquée avec avantage dans beaucoup de sanatoriums et de maisons particulières. L'auteur conseille cependant de ne pas l'employer pour l'anévrisme et dans des cas d'angine de poitrine vraie.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Traitement médicamenteux de la neurasthénie (*Therap. Monatshefte*, juillet 1900). — Dornbluth, d'accord avec la plupart des malades eux-mêmes, qui ne tardent pas à reconnaître l'inanité du traitement symptomatique de la neurasthénie, croit que le traitement étiologique seul peut amener des résultats durables. Comme c'est en premier lieu la composition du sang qui est défectueuse chez le neurasthénique, on prescrira souvent avec succès des préparations ferrrugineuses, à condition de ne pas choisir une combinaison inorganique : on peut ajouter de faibles doses de quinine (0 gr. 01 par pilule) ou de rhubarbe (0 gr. 05 par pilule).

L'arsenic présente aussi des avantages, à condition d'augmenter lentement les doses et de rester trois ou quatre semaines à la dose maxima.

Dans les formes graves, la codéine exerce une action aussi inattendue que remarquable. Des doses de 0 gr. 01 trois fois par jour (cinq à six fois par jour au bout de quatre à cinq jours de traitement), produisent une action excitante. Le morphine ne présente en aucune façon des propriétés de ce genre. Des faibles doses de bromure (trois fois par jour, 0 gr. 50) ne dondonnent pas non plus des résultats bien marqués : en tous cas, le bromure n'a qu'une action momentanée, alors que la codéine est réellement curative.

Le dosage de la codéine varie, en moyenne on arrivera à donner 0 gr. 02 cinq fois par jour pendant quatre à six semaines et on redescendra ensuite à la dose initiale (voir plus haut).

Il va sans dire qu'on ne négligera pas, en cours de traitement, les prescriptions hygiéniques et morales indispensables.

L'insomnie peut être combattue par quelques médicaments, en dehors, cela va sans dire, des moyens physiques. Citons les poudres effervescentes, la valériane, la lactophénine (1 gr.), la cryofine (0 gr. 50).

E. Vogt.

Note sur un cas d'impuissance sexuelle traité par les courants continus à hautes intensités (*Bull. off. de la Soc. fr. d'Electrothérapie*, mai 1990). Apostoli et Laquerrière relatent l'observation très complète d'un malade soumis du 7 au 19 juillet 1899 à 12 galvanisations ascendantes de la moelle, avec larges électrodes placées, l'une au sacrum, l'autre à la nuque, d'une durée de 10 minutes ; l'intensité de 30 ma au début, fut graduellement amenée à 150 ma.

Les rapports sexuels étaient depuis quelque temps devenus impossibles ; ils ont pu être repris après la troisième séance, et la guérison s'est maintenue jusqu'ici (5 avril 1900).

Au point de vue thérapeutique, les auteurs avaient depuis longtemps cherché à appliquer le courant continu en médecine générale, à aussi haute dose que possible.

Les dispositifs ont été les plus divers, voltaïsation des pieds ou d'un pied au sacrum, des pieds à la nuque, des mains à la nuque, etc. L'emploi des hautes intensités est toujours basé, comme en gynécologie, sur l'emploi d'électrodes aussi grandes et aussi adhérentes que possible (terre glaise ou cuvette d'eau).

Le dispositif employé dans le cas actuel a été le suivant : 2 larges électrodes en terre glaise, analogues à l'électrode abdominale qui sert en gynécologie, étaient appliquées l'une sur le sacrum et les régions fessières, l'autre sur les parties postérieures et latérales du cou et sur les épaules.

Le courant a toujours été débité très lentement, progressivement et sans aucune secousse.

Chez ce malade on n'a observé aucune réaction particulière : une seule fois durant une séance à 150 ma il y a eu un peu d'intolérance consistant en une sensation d'irritation violente de la gorge accompagnée de toux spasmodique ; ces phénomènes ont d'ailleurs disparu immédiatement lorsqu'on a diminué l'intensité de quelques milliampères.

D'autre part, on n'a constaté aucune modification dans le sommeil, l'appétit, etc. ; en somme il n'y a eu de réaction cliniquement appréciable ni pendant ni après la séance.

D'une façon générale, chez les individus normaux, les applications de courants continus à des doses supérieures à 100 ma sont bien tolérées si l'on a soin d'éviter l'escharrification de l'épiderme par une électrode en terre glaise bien faite et si on n'éprouve aucune espèce de secousses dans le débit du courant.

Chez les nerveux, et surtout chez les nerveuses, on observe par contre les réactions les plus variables : on ne peut souvent dépasser chez ces sujets les intensités faibles.

Il n'y a pas du reste dans les applications générales, la différence essentielle qui existe entre les petites et les grandes intensités en gynécologie, car l'action chimique ne joue sans doute pas, dans les premières, un rôle important. Mais il y a probablement intérêt de se servir de ces hautes doses dans certains cas, lorsqu'il s'agira de faire passer, par un organe donné, un courant énergique. D'un autre côté grâce à la taille des électrodes, on intéresse un territoire plus étendu de l'organisme et il en résulte une action plus marquée sur l'état général et des modifications dans plusieurs organes voisins de l'endroit où les électrodes ont été placées.

En tous cas, les applications de courants continus à des intensités supérieures à 100 ma sont possibles en médecine générale, absolument dénuées de tout danger, si l'on évite les secousses et l'escharrification de la peau.

E. Vogt.

Traitement palliatif et la paralysie agitante (*Practitioner* avril, 1900). Williamson rappelle que l'intensité de la trémulation dépend de plusieurs facteurs et que certaines occupations peu fatigantes, certaines pratiques, pour ainsi dire individuelles, peuvent l'atténuer.

L'alcool, le thé, le café provoquent au contraire un augmentation des accidents : le séjour dans des pièces surchauffées et sans air produit le même effet. L'auteur a remarqué que le grand air produit un excellent effet sur les parkinsoniens et recommande de les laisser le moins possible à la chambre. On sait que les voyages en chemin de fer ou en voiture produisent aussi un effet calmant, mais cet effet calmant, est limité au temps passé sur le véhicule en marche.

Quand l'affection est avancée, il ne faut pas permettre aux malades de marcher seuls, car ils peuvent tomber et se blesser grièvement.

Le traitement médicamenteux se résume pour l'auteur dans l'emploi du bromhydrate d'hyoscine ; toutes les autres médications ont eu des effets nocifs, à l'exception du sulfate de duboisine qui donne quelquefois des résultats, passagers il est vrai.

L'hyoscine sera donnée à des doses supérieures à un milligramme, en solution dans de l'eau chloroformée, 2 à 3 fois par jour. Il n'y a pas lieu de craindre dans ces conditons des phénomènes toxiques, et l'on obtiendra une notable

amélioration; le tremblement diminue ainsi que l'agitation et le besoin perpétuel de changer de place.

Pour combattre l'insomnie, caractérisée par un réveil prématuré après un court mais profond sommeil, on peut donner au moment du coucher un peu de whisky et d'eau, au encore du sulfonal, mais l'hyoscine en solution chloroformée sera ici encore le médicament de choix. Le lit devra être dur, pour permettre au malade de se retourner facilement.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Raisons pour lesquelles le traitement chirurgical des affections nasales doit être conservateur (*The medical news*, 28 avril 1900). — C. Rice accuse l'emploi des nombreux instruments en usage en rhinologie, d'avoir poussé les spécialistes à intervenir trop fréquemment, et croit que la spécialité en a quelque peu souffert auprès du public. Heureusement, il existe aujourd'hui aux Etats-Unis un courant conservateur qui finira par triompher des exagérations opératoires.

Une autre cause de cette débauche d'interventions réside dans l'accès facile des fosses nasales, au moins de leur partie antérieure. On a reconnu que les spécialistes nouvellement entrés dans la carrière se bornent en général à intervenir dans cette région-là, alors qu'elle n'est en général le siège que de congestions temporaires réflexes, causées par des lésions moins accessibles.

Le rhinologiste n'a pas tenu jusqu'ici suffisamment compte du retentissement, sur l'appareil nasal, de lésions siégeant souvant dans des organes fort éloignés du point qu'il traite. Les affections cardiaques, hépatiques, rénales, p. ex. sont dans ce cas. On verra dans les cas de ce genre l'affection nasale rétrocéder bien mieux sous l'influence du traitement de l'affection causale que sous l'influence du traitement local.

Il arrive souvent d'un autre côté qu'en détruisant trop énergiquement des cornets hypertrophiés, on favorise le dessèchement de la muqueuse pharyngée, affection pour le moins aussi désagréable que celle qu'elle remplace.

On admet en général aujourd'hui que l'hypertrophie des cornets postérieurs ne représente qu'une conséquence de l'hypertrophie des cornets antérieurs : on intervient donc beaucoup moins souvent dans cette région qu'autrefois, pour le grand bénéfice des malades, car ces interventions étaient douloureuses et provoquaient souvent des hémorragies graves. Il est du reste fréquent d'observer la disparition rapide du gonflement des cornets postérieurs après une opération intéressante les cornets antérieurs hypertrophiés.

La connaissance plus approfondie des lésions des sinus met enfin de nos jours beaucoup de malades à l'abri d'interventions intra-nasales intempestives, car l'hypertrophie des cornets et le gonflement de la muqueuse nasale ne sont ici que la conséquence de la lésion principale et disparaissent avec celle-ci.

E. Vogt.

Indications pour le traitement constitutionnel des affections catarrhales des voies respiratoires supérieures, par W. Wells (*Medical record*, 21 avril 1900). — La plupart des affections catarrhales secondaires des voies respiratoires supérieures sont dues à l'influence que l'appareil intestinal exerce sur le nez et la gorge.

L'amygdalite linguale est une inflammation qui s'observe fréquemment dans les cas de dyspepsie. La constipation est souvent d'accompagnée de maux de gorge.

Une diète bien réglée, accompagnée de massage ou d'exercice systématique est le meilleur remède à appliquer dans les affections catarrhales provenant du mauvais fonctionnement de l'intestin. Il faut également veiller à ce que la mastication du malade ne soit pas en défaut, car la mastication incomplète favorise le météorisme, cause principale de congestion du pharynx.

Le rein flottant est une cause aujourd'hui bien connue de troubles pharyngés, de même que l'état pathologique de l'appareil génital, surtout chez la femme. Il est enfin inutile d'insister sur l'état de la gorge chez les arthritiques, les diabétiques, les scrofuleux, etc.

Dans la *scrofule*, le traitement local ne donnera pas à lui seul, de grands résultats : dans l'*hystérie*, il sera souvent fort difficile de découvrir une marche à suivre utile aux malades.

Dans l'*arthritisme*, le spécialiste se sent facilement entraîné à vouloir modifier, par un traitement local, des lésions rebelles, alors que la médication s'adressant à l'état général peut seule donner des résultats.

Dans les *affections dépendant du système nerveux* (*fièvre des foins, migraines, etc*), on fera souvent fort bien d'intervenir localement, de de façon à réveiller une excitabilité réflexe capable de modifier favorablement l'état des malades.

E. Vogt.

De l'anesthésie au bromure d'éthyle dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures, par A. Malherbe (*Bulletin médical*, n° 39, p. 451, 1900). — Le bromure d'éthyle est l'anesthésique de choix pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures. Il n'est nullement dangereux, à la condition que l'on ne se serve que d'un produit chimiquement pur, préparé de fraîche date et non décomposé, et enfin, si on le donne suivant certaines règles.

Pour éviter que le sang pénètre dans les voies respiratoires, M. Malherbe opère dans la position de Rose :

Le malade couché dans le décubitus dorsal est endormi au bromure d'éthyle ; quand il est dans la résolution, on l'attire rapidement à l'extrémité de la table, de façon à ce que les épaules reposent sur le bord, la tête pendue dans l'extension forcée où elle est immobilisée par les mains d'un aide. Il est ainsi très aisé de pratiquer une foule d'interventions sur le pharynx, sur le nez et ses cavités annexes, sur le larynx, sans aucun danger d'asphyxie, malgré l'anesthésie, car le sang, dans cette position, ne peut pas pénétrer dans les voies respiratoires.

L'anesthésique est donné sur une compresse pliée en quatre épaisseurs. Il est absolument inutile d'employer des masques ou autres appareils qui ne sont qu'encombrants et inutiles. Sur la compresse, on verse d'abord une petite quantité de bromure, grande comme une pièce de cinq francs et l'on applique cette compresse sur le nez et la bouche du malade, en l'invitant à faire des inspirations profondes.

Après douze à quinze secondes, on verse largement sur toute la compresse, en passant la main gauche dessous, de 10 à 15 grammes de bromure et on applique, sur cette compresse disposée un peu en cornet, la face palmaire de la main droite, la recouvrant le plus possible, afin d'empêcher l'évaporation, tandis que de la main gauche, on maintient la mâchoire inférieure du patient.

S'il survient de l'agitation (celle-ci, d'ailleurs, ne dure que quelques secondes), on fait maintenir les malades. En quarante à soixante secondes, l'anesthésie est complète.

Il faut bien se garder d'administrer le bromure d'éthyle par petites doses fractionnées et progressives, comme le chloroforme. Ce serait risquer d'intoxiquer gravement son sujet, par suite de la décomposition progressive du bromure au fur et à mesure qu'il pénètre dans l'organisme.

G. Lyon.

Traitement des otites moyennes purulentes chroniques (*Thérap. Monatshefte*, juillet 1900). Grosskopf dispose d'une statistique personnelle concernant 37 patients âgés de 1 à 54 ans, à propos de laquelle il signale plusieurs particularités pouvant intéresser le praticien.

Dans 17 cas, l'auteur a essayé, après suppression de la suppuration, les cautérisations à l'acide trichloracétique pour obtenir la cicatrisation de la perforation du tympan. La solution à 50 0/0 n'ayant pas donné de résultats, on se servit de l'acide pur. L'attouchement du rebord de la perforation, même après cocaïnisation, est toujours extrêmement douloureux : il est impossible chez l'enfant de faire plus d'une cautérisation : l'emploi de la cocaïne présente d'ailleurs, à cet âge, des inconvénients sérieux.

On ne doit jamais essayer de guérir, chez l'enfant, une suppuration chronique de l'oreille sans avoir au préalable traité, s'il y a lieu, les modifications pathologiques du naso-pharynx ; c'est une condition absolue.

Il est indispensable que pendant les 15 premiers jours de traitement, le médecin seul intervienne : l'entourage n'est autorisé que plus tard à faire les pansements.

On commencera le traitement par des lavages à l'acide borique à 3 0/0. Dans ce domaine, cet antiseptique aujourd'hui quelque peu abandonné conserve une situation importante. Après lavage et asséchement minutieux, on insuffle de la poudre d'acide borique, en se gardant de faire pénétrer de trop grandes quantités du topique, qui ne doit faire qu'une couche mince sur les points malades. Si la perforation est petite et située à la partie supérieure, ce traitement, si efficace d'ordinaire, échouera souvent. On recourra dans ce cas aux topiques liquides, parmi lesquels une solution d'acide tannique à 2 0/0, l'alcool absolu ou dilué, une solution de nitrate d'argent seront choisis de préférence. Il est du reste nécessaire de varier la médication.

Dans les cas rebelles à la cicatrisation, avec suppuration tarie, l'emploi de l'acide trichloracétique, si les malades s'y prêtent, constitue une excellente pratique, mais il arrive parfois que ces cautérisations font réapparaître la suppuration ; il faut alors reprendre le traitement classique. On laissera s'écouler 4 à 6 jours entre chaque cautérisation ; avant chaque intervention, on enlèvera soigneusement les croûtelles dont la cautérisation précédente a causé la formation. Ces croûtelles en effet, peuvent simuler une cicatrice.

En résumé, il faut dans les cas chroniques varier la médication, en essayant toujours en premier lieu le traitement boriqué. La rétraction

des granulations hypertrophiques s'obtiendra surtout par l'emploi d'alcool absolu, et la cicatrisation des perforations sans suppuration par l'emploi d'acide trichloracétique, à condition que le malade supporte les douleurs vives que provoque ce topique.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Traitement du psoriasis par les grands bains l'huile de cade, par Balzer et Trousseaux (*Journal des Praticiens*. n° 21 p. 321, 1900,) — L'huile de cade donne, dans le traitement du psoriasis, des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec tous les autres remèdes ; mais, son emploi présente des inconvénients dus à son odeur, aux taches qu'elle laisse sur le linge et les objets de literie, etc.

Pour remédier à ces inconvénients M. Gaucher a remplacé le glycérolé cadique par un collodion à l'huile de cade qui ne tache pas le linge et ne possède pas d'odeur désagréable.

M. Balzer utilise des bains auxquels on incorpore l'huile de cade en l'émulsionnant au préalable avec une solution aqueuse de savon noir. Les bains sont d'une durée d'une demi-heure à trois quarts d'heure :

Les formules sont les suivantes :

Savon noir.....	100 grammes
Eau.....	200 —

A cette émulsion on ajoute l'huile de cade dans les proportions suivantes :

Huile de cade.....	100 grammes
Emulsion de savon q.s.p.	250 —

Cette quantité représente la dose pour un bain. L'émulsion cadique doit être fortement agitée avant d'être mélangée à l'eau du bain. Enfin, il faut éviter de verser le contenu de la bouteille dans l'eau du bain tout préparé ; le mélange serait trop imparfait et l'on verrait alors de grosses gouttelettes d'huile surnager à la surface de l'eau. Il faut verser d'abord l'émulsion dans la baignoire et faire ensuite progressivement arriver l'eau, ou mieux encore, préparer d'abord le mélange dans un seau d'eau chaude, en agitant fortement le liquide.

Chaque bain doit être précédé d'un savonnage énergique au savon noir pour détacher les squames et être suivi d'une lotion à l'eau pure, débarrassant le malade de l'excédent d'huile.

Treize cas ont été traités de cette façon.

La guérison a été obtenue par ce moyen, comme avec les autres méthodes ; toutefois l'action est moins rapide que celle qu'on obtient par les frictions et l'enveloppement dans un drap imbibé d'huile de cade.

Des troubles nerveux, et, en particulier des tremblements ont été observés au cours du traitement, ces accidents qui n'ont pas encore été signalés comme conséquence du traitement cadique sont peut-être dus à une absorption particulièrement active.

G. Lyon.

Traitement de la syphilis (*Club médical de Vienne*, séance du 26 avril 1900). — Lang espère qu'on arrivera quelque jour à découvrir un sérum antisyphilitique efficace permettant de pratiquer l'immunisation. Actuellement, il faut individualiser avant tout, et se préoccuper plus qu'autrefois des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les malades.

Pour le traitement de la syphilis infantile, l'application d'emplâtres hydrargyriques rend de grands services. Les injections sous-cutanées doivent être faites avec un excipient épais, coulant difficilement, et être introduites dans la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané, et non dans le tissu musculaire dont le réseau vasculaire peut être lésé, d'où possibilité d'embolies pulmonaires.

La médication interne présente pour l'auteur peu d'indications ; la meilleure masse pilulaire consiste dans un mélange de lanoline et de sucre de lait.

Dans les cas moyens, le choix de la médication ne présente pas une grande importance, mais il est préférable d'éviter les injections de calomel ou de sublimé, qui provoquent souvent des réactions locales intenses et de l'hydrargyrisme.

Si l'on veut injecter des préparations iodées sous la peau, on s'adressera de préférence à l'iodoforme.

L'orateur revient en terminant sur l'importance des prescriptions hygiéniques, dont l'importance lui paraît démontrée par le fait de la bénignité relative de la syphilis chez les femmes.

E. Vogt.

Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques, par Bertrand de Gorsse (*Thèse de Paris*, 7 juin 1900). — Pour l'auteur, les arthrites chroniques, de quelque forme qu'elles soient, sont toujours de nature infectieuse.

Il est donc tout naturel que l'on ait songé à leur appliquer un traitement d'antisepsie sanguine.

Le traitement le plus efficace des affections

de ce genre, serait l'injection intramusculaire de calomel.

Parmi les inconvénients qu'on reproche à cette méthode, le plus justifié est celui d'occasionner des douleurs. Mais on doit reconnaître que les statistiques actuelles donnent à la douleur occasionnée par l'injection une importance beaucoup moins grande que celles d'autrefois; cela tient à ce que ces injections étaient faites, au début, dans le tissu cellulaire à 3 centimètres de la peau, tandis qu'aujourd'hui, elles sont de plus en plus profondes, intramusculaires, et portées jusqu'à 6 centimètres.

De plus, l'emploi d'huile d'amandes douces comme véhicule, et le repos ordonné aux malades ont donné les meilleurs résultats à ce point de vue.

Quant au nodus, il est à peu près insignifiant si on pousse le calomel à 6 centimètres. C'est exceptionnellement qu'il atteint la grosseur d'un œuf de poule.

L'évolution du nodus s'accompagne rarement de fièvre, on l'a cependant constatée plusieurs fois; elle dure deux ou trois jours, et cède à l'administration de 0 gr. 30 de quinine.

Les abcès et furoncles qui peuvent survenir proviennent généralement d'une faute de technique opératoire et peuvent être évités.

Cette médication peut amener d'autres troubles encore : les stomatites, les intoxications aiguës et à distance, accidents communs à toute médication mercurielle : ces troubles peuvent être évités par une méthode sagement dirigée.

Les injections de calomel présentent de nombreux avantages sur les autres façons d'administrer le mercure.

C'est d'abord la prompte absorption du mercure par la circulation; on sait qu'il se retrouve deux ou trois heures après dans l'urine et quatre ou cinq heures après dans la salive. C'est ensuite sa longue persistance dans ces sécrétions, persistance qui peut aller jusqu'à plusieurs mois. Cette transformation progressive et ininterrompue serait, suivant Jullien et Borowsky, singulièrement hâtée par l'administration simultanée de l'iodure et par l'emploi des bains sulfureux. L'action curative serait, par cette méthode, plus rapide, plus intense et plus sûre.

C'est, en deuxième lieu, la tolérance du tube gastro-intestinal qui, expérimentalement, s'est montrée beaucoup plus accusée dans les injections de calomel que dans toute autre méthode. C'est aussi, et dans le même ordre d'idées, l'action du foie qui retient en partie les médicaments ingérés, et surtout les métaux tels que le mercure.

C'est, enfin, la commodité du traitement et l'administration sûre, indépendante du malade que le seul mot de mercure effraie.

Il est cependant des cas où cette médication doit être repoussée, au premier rang se place l'albuminurie; chez les individus dont le filtre rénal fonctionne mal, les injections de calomel devront être proscrites parce qu'elles amasseraient une quantité considérable de mercure chez des sujets qui ne pourraient l'éliminer.

Les injections sont également contre-indiquées dans des cas d'insuffisance hépatique, chez les cachectiques, chez les individus débilités, œdématiés, affaiblis par de longues suppurations.

Le mauvais état de la bouche pourra être également un obstacle aux injections de calomel.

L'âge (enfants, vieillards) ne devra pas arrêter le praticien, non plus que l'état nerveux. Certains auteurs interdisent les injections chez les gens irritables, sujets à névralgies, névrosés, et cependant des résultats remarquables ont été observés, par cette méthode, sur des neurasthéniques et des hystériques.

La grossesse et l'état variqueux des veines des membres inférieurs demanderont un redoublement de précautions pour éviter les embolies.

L'idiosyncrasie est une contre-indication absolue aux injections mercurielles insolubles.

Le calomel dont on se servira, doit être le calomel à la vapeur. Le calomel préparé par voie humide, présente le désavantage de produire des grumeaux qui peuvent obstruer la seringue. De plus, il semble provoquer beaucoup plus facilement la salivation et même les intoxications.

Le calomel devra être pur; pour cela, le praticien pourra le laver à l'eau chaude, afin d'enlever les traces de sublimé qu'il pourrait contenir.

Enfin, le calomel devra être porphyrisé, lavé à l'alcool bouillant et desséché à l'étuve.

Le meilleur véhicule est l'huile d'amandes douces, cette préparation est beaucoup mieux supportée par les tissus et cause une réaction douloureuse à peu près nulle. Malheureusement l'huile d'amandes douces du commerce contient souvent de l'huile d'amandes amères. Le calomel mis en présence de l'acide cyanhydrique donne lieu à la formation d'un cyanure mercurique extrêmement toxique. Une telle préparation doit être radicalement proscrite si on n'est pas sûr de la pureté absolue de l'huile d'amandes douces.

Cette huile d'amandes douces ou d'olives, suivant que l'on emploiera l'une ou l'autre, pourra être lavée à l'alcool.

La préparation devra être faite aussi près que possible du moment de l'injection.

Selon l'auteur, le lieu d'élection doit être à la partie supérieure de la fesse (gauche, de préférence), à trois travers de doigts au dessous de la crête, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes.

On aura soin, si l'on fait plusieurs injections, de les faire alternativement à l'une et à l'autre fesse, afin d'éviter de faire une injection dans le foyer primitif.

Après les précautions nécessaires, on procédera à la piqûre. Pour éviter les abcès intracanaliculaires, il faut détruire le parallélisme des trajets intradermiques et sous-dermiques : au moment d'introduire l'aiguille, il faut déplacer, faire glisser un peu les téguments sur le muscle. De même, au moment de l'enlever, on la retirera lentement d'abord, puis plus vite.

On attendra quelques secondes avant d'emmancher la seringue, afin de s'assurer qu'on n'a pas piqué de petit vaisseau. L'injection (tiède) se fera lentement.

Il ne faut pas masser la région piquée.

Les injections intramusculaires de calomel, faites suivant le manuel opératoire indiqué, ne causent pas les accidents et n'ont pas les inconvénients qui leur ont été reprochés.

Les arthrites chroniques non syphilitiques, que l'auteur a traitées par les injections de calomel, ont été presque toutes améliorées ou guéries.

Les résultats observés ont été : disparition ou amélioration de l'impotence fonctionnelle ; disparition ou amélioration des douleurs ; disparition ou amélioration des lésions intrasynoviales (hydarthrose), synoviales (épaississement de la séreuse) et périsynoviales (tissu conjonctif, gaînes et bourses séreuses).

Toutes les arthrites chroniques, quelles que soient leur forme ou leur étiologie, en ont retiré un bénéfice.

Seul le rhumatisme fibreux n'a pas été amélioré.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Hémorragies et saignements de la prostate par Guyon (*in ann. gen. ur.* 1900, *p. 449*). — Le saignement de la prostate est exceptionnel chez les jeunes sujets, et se voit surtout chez les gens âgés, chez ces derniers l'hémorragie se voit dans les cas de néoplasme prostatique mais plus encore dans les cas d'hypertrophie, surtout l'hémorragie provoquée par le cathétérisme qui peut être très grave même avec une sonde molle très doucement conduite.

L'hémorragie spontanée est plus souvent néoplasique.

L'hémorragie prostatique spontanée se voit comme uréthrorragie ou comme hématurie proprement dite initiale très ordinairement, totale dans beaucoup de cas.

Si on sonde un hémorragie prostatique, avec un 18 ou 20, on note de l'hémorragie initiale et terminale si elle est peu abondante, si elle est abondante on retrouve cette même disposition seulement en faisant le lavage.

L'accident principal à traiter est la rétention de sang et d'urine : on y parera en plaçant une sonde à demeure dont on surveillera le « goutte à goutte » en le réglant par des injections boriquées. En cas de grandes hémorragies faire l'aspiration des caillots suivie du placement d'une sonde à demeure, surveillée *ut supra*.

E. Chevalier.

La levure dans la gonorrhée par Foulladosa, (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1900. — L'auteur s'inspirant pour le traitement de la gonorrhée de la méthode de Landau qui consiste dans l'injection vaginale directe de levure de bière, a employé la levure dans quelques cas de gonococcie non seulement chez la femme, mais encore chez l'homme.

Landau administre la levure diluée à consistance sirupeuse dans de l'eau distillée ; il l'injecte quotidiennement dans le vagin à des doses variant de 10 à 20 centimètres cubes.

Pour faciliter à certains malades l'emploi personnel du médicament et leur éviter la nécessité constante d'une intervention médicale, l'auteur a eu recours à la levure de biere pâteuse enrobée dans du beurre de cacao sous forme d'ovules.

Le mode d'emploi de ces ovules, qui peuvent tenir environ 5 gr. de levure, est des plus simples, et pourvu qu'ils soient préparés d'une façon extemporanée et avec de la levure absolument fraîche, ces ovules sont parfaitement tolérés.

L'auteur présente différents cas, de blennorrhagies au début, au huitième et dixième jour, de blennorragie traînante à sa période de déclin, qu'il a traités au moyen de la levure de bière dissoute dans l'eau distillée dans les proportions de 1 pour 10. Le traitement commencé par deux injections quotidiennes augmentées progressivement jusqu'à cinq, n'a donné aucun résultat.

Il ressort de ces observations que 1° la levure

de bière semble efficace dans la leucorrhée vaginale, et principalement dans la leucorrhée d'origine gonorrhéique. On peut l'employer soit en injections soit plus commodément en ovules.

2° Dans la blennorrhagie aiguë de l'homme, les injections de levure n'exercent aucune espèce d'influence bien nette ni dans un sens aggravatif, ni dans un sens curatif; elles semblent se comporter comme un médicament absolument inerte.

L'échec de cette médication chez l'homme paraît provenir de ce que la levure a une tendance à s'échapper soit spontanément soit chassée par l'urine, ce qui rend toute tentative de contact durable absolument illusoire.

Tandis que chez la femme l'agent pathogène est facilement accessible aux agents modificateurs, dans la blennorrhagie aiguë de l'homme le gonocoque se localise presque d'emblée dans l'épaisseur de la muqueuse où il se cantonne pendant toute la période d'état, ce qui le rend d'une atteinte particulièrement difficile.

Peut-être dans la chaude-pisse chronique, où le microorganisme pathogène, quittant les profondeurs de la muqueuse, devient intra-épithélial, y aurait-il bénéfice à soumettre le malade à l'usage répété de la levure.

Il est à craindre que cette intervention ne soit inutile, étant donné le peu de durée de contact possible dans l'urèthre, entre la cellule de levure et le microorganisme cause de la manifestation chronique.

E. Vogt.

Protargol dans la blennorrhagie (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 5, 1900). — Tschitschouline en se basant sur ses observations au nombre de quarante, arrive à cette conclusion, que l'engouement presque général, au sujet du protargol, n'est nullement justifié,

Au point de vue de la durée du traitement, ainsi qu'au point de vue des résultats, le protargol ne présente aucun avantage sur le nitrate d'argent ni sur le permanganate de zinc liquide.

Cependant, le protargol peut être recommandé dans la blennorrhagie aiguë, particulièrement dans les cas où est atteinte la portion antérieure de l'urètre. Quant à l'urétrite chronique, le protargol, dans l'immense majorité des cas, ne donne aucun résultat. En outre, le protargol ne garantit nullement contre la contamination de la portion postérieure de l'urètre. L'avantage essentiel du protargol consiste dans sa propriété de ne pas provoquer de phénomènes d'irritation dans ses applications locales. S'il arrive que le protargol détermine l'irritation de la muqueuse urétrale, il suffira d'employer le protargol en solution aqueuse, sans y ajouter de glycérine pour diminuer rapidement cette irritation.

Ajoutons que d'après l'auteur les grands lavages au protargol, d'après le procédé de Janet ne présentent pas d'avantages particuliers sur les lavages au permanganate de potasse.

D. Roubleff.

Traitement chirurgical des organes génitaux chez l'homme (*Mediicinskoie Obosrenie*, n° 5, 1900. — Voskressensky après avoir passé en revue la littérature de la question et décrit un cas personnel de castration complète pour tuberculose, formule les conclusions suivantes :

1° Dans la tuberculose du testicule ou de l'épididyme il arrive souvent que la vésicule séminale et le canal déférent soient également atteints:

2° Comme par une castration ordinaire on ne peut pas avoir la certitude d'avoir supprimé complètement tous les foyers de l'appareil génital, il est indispensable de pratiquer la castration complète, dans tous les cas de tuberculose du testicule de date ancienne et aussi dans les cas récents, lorsqu'on suppose que la vésicule séminale et le canal déférent sont modifiés ;

3° La deuxième partie de la castration, la spermatocystectomie est commode à pratiquer d'après le procédé de Roux;

4° La méthode d'examen de la vésicule séminale et du canal déférent exige de nouvelles études complémentaires.

D. Roubleff.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Anesthésie obstétricales par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire, par Doléris et Malarnic (*Acad. de médecine*, 10 juillet 1900). — L'expérience a été faite à la Maternité de Boucicaut sur 5 femmes en travail dont les douleurs étaient d'une intensité anormale, dans un cas pour une application de forceps.

Quoique en trop petit nombre pour permettre une opinion définitive, ces observations suggèrent les conclusions suivantes :

1° Les contractions utérines sont devenues indolores de la 5e à la 10e minute avec des doses de 1 à 2 centigrammes ;

2° Avec la dose de 0,075, elles n'ont point cessé d'être perçues, mais sont demeurées indolores pendant 27 minutes (obs. 2) ;

3° L'analgésie complète a duré 1 h. 23, 1 h. 47, 2 h. 15, avec des doses de 1 centigramme à 2 centigrammes ;

4° Les contractions utérines ont été plus éner-

La préparation devra être faite aussi près que possible du moment de l'injection.

Selon l'auteur, le lieu d'élection doit être à la partie supérieure de la fesse (gauche, de préférence), à trois travers de doigts au dessous de la crête, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes.

On aura soin, si l'on fait plusieurs injections, de les faire alternativement à l'une et à l'autre fesse, afin d'éviter de faire une injection dans le foyer primitif.

Après les précautions nécessaires, on procédera à la piqûre. Pour éviter les abcès intracanaliculaires, il faut détruire le parallélisme des trajets intradermiques et sous-dermiques : au moment d'introduire l'aiguille, il faut déplacer, faire glisser un peu les téguments sur le muscle. De même, au moment de l'enlever, on la retirera lentement d'abord, puis plus vite.

On attendra quelques secondes avant d'emmancher la seringue, afin de s'assurer qu'on n'a pas piqué de petit vaisseau. L'injection (tiède) se fera lentement.

Il ne faut pas masser la région piquée.

Les injections intramusculaires de calomel, faites suivant le manuel opératoire indiqué, ne causent pas les accidents et n'ont pas les inconvénients qui leur ont été reprochés.

Les arthrites chroniques non syphilitiques, que l'auteur a traitées par les injections de calomel, ont été presque toutes améliorées ou guéries.

Les résultats observés ont été : disparition ou amélioration de l'impotence fonctionnelle ; disparition ou amélioration des douleurs ; disparition ou amélioration des lésions intrasynoviales (hydarthrose), synoviales (épaississement de la séreuse) et périsynoviales (tissu conjonctif, gaînes et bourses séreuses).

Toutes les arthrites chroniques, quelles que soient leur forme ou leur étiologie, en ont retiré un bénéfice.

Seul le rhumatisme fibreux n'a pas été amélioré.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Hémorragies et saignements de la prostate par Guyon (*in ann. gen. ur.* 1900, *p. 449*). — Le saignement de la prostate est exceptionnel chez les jeunes sujets, et se voit surtout chez les gens âgés, chez ces derniers l'hémorragie se voit dans les cas de néoplasme prostatique mais plus encore dans les cas d'hypertrophie, surtout l'hémorragie provoquée par le cathétérisme qui peut être très grave même avec une sonde molle très doucement conduite.

L'hémorragie spontanée est plus souvent néoplasique.

L'hémorragie prostatique spontanée se voit comme uréthrorragie ou comme hématurie proprement dite initiale très ordinairement, totale dans beaucoup de cas.

Si on sonde un hémorragie prostatique, avec un 18 ou 20, on note de l'hémorragie initiale et terminale si elle est peu abondante, si elle est abondante on retrouve cette même disposition seulement en faisant le lavage.

L'accident principal à traiter est la rétention de sang et d'urine : on y parera en plaçant une sonde à demeure dont on surveillera le « goutte à goutte » en le réglant par des injections boriquées. En cas de grandes hémorragies faire l'aspiration des caillots suivie du placement d'une sonde à demeure, surveillée *ut supra*.

E. Chevalier.

La levure dans la gonorrhée par Foulladosa, (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1900. — L'auteur s'inspirant pour le traitement de la gonorrhée de la méthode de Landau qui consiste dans l'injection vaginale directe de levure de bière, a employé la levure dans quelques cas de gonococcie non seulement chez la femme, mais encore chez l'homme.

Landau administre la levure diluée à consistance sirupeuse dans de l'eau distillée ; il l'injecte quotidiennement dans le vagin à des doses variant de 10 à 20 centimètres cubes.

Pour faciliter à certains malades l'emploi personnel du médicament et leur éviter la nécessité constante d'une intervention médicale, l'auteur a eu recours à la levure de biere pâteuse enrobée dans du beurre de cacao sous forme d'ovules.

Le mode d'emploi de ces ovules, qui peuvent tenir environ 5 gr. de levure, est des plus simples, et pourvu qu'ils soient préparés d'une façon extemporanée et avec de la levure absolument fraiche, ces ovules sont parfaitement tolérés.

L'auteur présente différents cas, de blennorrhagies au début, au huitième et dixième jour, de blennorragie traînante à sa période de déclin, qu'il a traités au moyen de la levure de bière dissoute dans l'eau distillée dans les proportions de 1 pour 10. Le traitement commencé par deux injections quotidiennes augmentées progressivement jusqu'à cinq, n'a donné aucun résultat.

Il ressort de ces observations que 1° la levure

de bière semble efficace dans la leucorrhée vaginale, et principalement dans la leucorrhée d'origine gonorrhéique. On peut l'employer soit en injections soit plus commodément en ovules.

2° Dans la blennorrhagie aiguë de l'homme, les injections de levure n'exercent aucune espèce d'influence bien nette ni dans un sens aggravatif, ni dans un sens curatif; elles semblent se comporter comme un médicament absolument inerte.

L'échec de cette médication chez l'homme parait provenir de ce que la levure a une tendance à s'échapper soit spontanément soit chassée par l'urine, ce qui rend toute tentative de contact durable absolument illusoire.

Tandis que chez la femme l'agent pathogène est facilement accessible aux agents modificateurs, dans la blennorrhagie aiguë de l'homme le gonocoque se localise presque d'emblée dans l'épaisseur de la muqueuse où il se cantonne pendant toute la période d'état, ce qui le rend d'une atteinte particulièrement difficile.

Peut-être dans la chaude-pisse chronique, où le microorganisme pathogène, quittant les profondeurs de la muqueuse, devient intra-épithélial, y aurait-il bénéfice à soumettre le malade à l'usage répété de la levure.

Il est à craindre que cette intervention ne soit inutile, étant donné le peu de durée de contact possible dans l'urèthre, entre la cellule de levure et le microorganisme cause de la manifestation chronique.

E. Vogt.

Protargol dans la blennorrhagie (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 5, 1900). — Tschitschouline en se basant sur ses observations au nombre de quarante, arrive à cette conclusion, que l'engouement presque général, au sujet du protargol, n'est nullement justifié.

Au point de vue de la durée du traitement, ainsi qu'au point de vue des résultats, le protargol ne présente aucun avantage sur le nitrate d'argent ni sur le permanganate de zinc liquide.

Cependant, le protargol peut être recommandé dans la blennorrhagie aiguë, particulièrement dans les cas où est atteinte la portion antérieure de l'urètre. Quant à l'urétrite chronique, le protargol, dans l'immense majorité des cas, ne donne aucun résultat. En outre, le protargol ne garantit nullement contre la contamination de la portion postérieure de l'urètre. L'avantage essentiel du protargol consiste dans sa propriété de ne pas provoquer de phénomènes d'irritation dans ses applications locales. S'il arrive que le protargol détermine l'irritation de la muqueuse urétrale, il suffira d'employer le protargol en solution aqueuse, sans y ajouter de glycérine pour diminuer rapidement cette irritation.

Ajoutons que d'après l'auteur les grands lavages au protargol, d'après le procédé de Janet ne présentent pas d'avantages particuliers sur les lavages au permanganate de potasse.

D. Roubleff.

Traitement chirurgical des organes génitaux chez l'homme (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 5, 1900. — Voskressensky après avoir passé en revue la littérature de la question et décrit un cas personnel de castration complète pour tuberculose, formule les conclusions suivantes :

1° Dans la tuberculose du testicule ou de l'épididyme il arrive souvent que la vésicule séminale et le canal déférent soient également atteints;

2° Comme par une castration ordinaire on ne peut pas avoir la certitude d'avoir supprimé complètement tous les foyers de l'appareil génital, il est indispensable de pratiquer la castration complète, dans tous les cas de tuberculose du testicule de date ancienne et aussi dans les cas récents, lorsqu'on suppose que la vésicule séminale et le canal déférent sont modifiés ;

3° La deuxième partie de la castration, la spermatocystectomie est commode à pratiquer d'après le procédé de Roux;

4° La méthode d'examen de la vésicule séminale et du canal déférent exige de nouvelles études complémentaires.

D. Roubleff.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,
Chef du Laboratoire de la Maternité.
à l'hôpital de la Charité

Anesthésie obstétricales par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire, par Doléris et Malarnic (*Acad. de médecine*, 10 juillet 1900). — L'expérience a été faite à la Maternité de Boucicaut sur 5 femmes en travail dont les douleurs étaient d'une intensité anormale, dans un cas pour une application de forceps.

Quoique en trop petit nombre pour permettre une opinion définitive, ces observations suggèrent les conclusions suivantes :

1° Les contractions utérines sont devenues indolores de la 5e à la 10e minute avec des doses de 1 à 2 centigrammes ;

2° Avec la dose de 0,075, elles n'ont point cessé d'être perçues, mais sont demeurées indolores pendant 27 minutes (obs. 2) ;

3° L'analgésie complète a duré 1 h. 23, 1 h. 47, 2 h. 15, avec des doses de 1 centigramme à 2 centigrammes ;

4° Les contractions utérines ont été plus éner-

giques, plus fréquentes et plus longues après qu'avant l'injection;

5° Dans l'intervalle des contractions, l'utérus est demeuré en état de demi-tension pendant un temps variable. Il sera donc prudent, jusqu'à plus ample informé, de ne pas user de cette méthode d'anesthésie dans le cas où la version peut être indiquée;

6° La perte de sang a paru moins abondante que d'habitude. Dans le cas de placenta praevia (obs. 5), la perte de sang s'est arrêtée spontanément avant la rupture des membranes;

7° L'action sur le fœtus a été nulle;

8° Les accidents ont été négligeables, les vomissements peu douloureux, simples régurgitations disparaissant rapidement;

9° Outre son action analgésiante, la cocaïne injectée parait augmenter la contractibilité utérine et exercer une action vaso-constrictive sur les vaisseaux utérins. La délivrance, dans trois cas, a suivi immédiatement l'expulsion du fœtus.

BLONDEL

Valeur diagnostique et pronostique du massage en gynécologie par H. STAPFER (*Revue de Cinésie et d'Electrothérapie*, 20 avril et 20 mai 1900). — Ce travail contient de nombreuses incursions dans le domaine de la thérapeutique, c'est pourquoi nous l'analysons ici.

De même qu'il existe un électro-diagnostic, et un séro-diagnostic, il existe un masso-diagnostic, procédé qui s'applique spécialement aux affections abdomino-pelviennes.

Par cette méthode on obtient l'assouplissement des parois et de l'intestin; la fonte des œdèmes qui déforment les organes génitaux, masquent leur volume et leur consistance et par là exposent les malades à de préjudiciables erreurs quand le médecin formule, diagnose et prognose sur un ou deux examens plus ou moins précipités.

Tel est le grand avantage du massage combiné au palper pratiqué quotidiennement en séances courtes sur la même malade.

Grâce au palper-massage on arrive à une topographie parfois très exacte du contenu de la cavité abdomino-pelvienne, ce qui permet de rétablir des diagnostics et des pronostics basés sur des apparences trompeuses.

L'auteur cite le cas d'une malade atteinte d'une tumeur pelvienne bénigne proliférante, qui avait été prise d'abord pour une salpingite, puis pour une tumeur kystique dont la malignité évidente aux yeux des meilleurs maîtres devait entraîner la mort à brève échéance. La malade guérie depuis six ans est restée en bonne santé.

Dans un second cas un œdème péri-salpingien a été pris pour une grossesse extra-utérine en voie d'évolution.

Au point de vue thérapeutique, le massage rendra les plus grands services en débarrassant dans un cas douteux, la malade des infiltrations du tissu cellulaire qui empêchent de formuler un diagnostic exact. Ce diagnostic peut être dans les cas de ce genre influencé par l'afflux sanguin cataménial, d'où œdème du ligament large, p. ex., et conclusions en faveur d'une salpingite, alors qu'un examen fait 15 jours plus tard révèle l'absence de salpingite. Par l'habitude du massage, on apprend à ne plus s'étonner de l'aspect protéique des lésions génitales et souvent même à reconnaître que des modifications pathologiques qui paraissent nettement ressortir à ce domaine n'en font pas partie (infiltration peri-cœcale dans un cas de l'auteur, prise tour à tour pour une salpingite et pour un fibrome).

L'auteur proteste contre l'assertion souvent émise que le massage rompt les adhérences; il est impuissant contre les tissus fibreux, tout au plus parvient-il à les étirer. Quand on arrive à mobiliser un organe préalablement immobile, c'est parce qu'on a dissipé des œdèmes durs ou mous du tissu conjonctif, cimentant entr'eux les organes sans que les adhérences jouent un rôle important dans ce processus.

Il existe donc nombre de cas où le traitement curatif dépendra entièrement des résultats obtenus par le massage gynécologique précédant l'intervention : l'état local peut être à ce point modifié que le chirurgien opérera souvent d'une façon entièrement différente de celle qu'il semblait devoir adopter au début.

E. VOGT.

Irrigations et douches vaginales par le Dr CARRILLO Y CUTERO (*La oto-rino-laringologia espanola*, n° 28, 1900). — Les injections vaginales tout en étant un moyen de traitement d'usage courant dans les affections des organes génitaux, ne donnent souvent pas, par défaut d'application rationnelle, le résultat désiré.

Ni la température ni la pression du liquide, ni sa composition chimique, ni son degré de toxicité ou son pouvoir bactéricide ni même la position que doit prendre la malade ne sont surveillés, la plupart du temps et cependant tous ces détails doivent être étudiés avec attention.

L'auteur commence par décrire l'appareil qui doit servir aux irrigations; c'est l'irrigateur connu, en fer émaillé ou en verre. Dans la description de la canule il recommande qu'il n'y ait pas d'ouverture centrale pour éviter le danger de pénétration dans le col et la cavité de l'utérus, du liquide sortant à une grande pression.

L'unique position favorable à l'irrigation est la dorso-lombaire, car dans la position verticale

le liquide ressort immédiatement sans distendre les parois vaginales et ne nettoie pas par conséquent la cavité du vagin. Dans la position assise (sur un bidet), le liquide injecté ne distend pas les parois du vagin et ne baigne pas les culs-de-sac, où il y a toujours des produits de secrétion normaux ou pathologiques déposés qu'il convient de balayer avec le liquide de l'irrigation. Dans la position dorso-lombaire, au contraire, la canule suivant la courbe de l'excavation le long de la paroi postérieure du vagin arrive au fond du cul-de-sac de Douglas et le liquide ayant la pression suffisante distend d'abord et baigne ensuite toute la cavité vaginale, en emportant tous les produits de secrétion retenus dans le vagin.

La température du liquide doit varier forcément, suivant l'indication que nous nous proposons d'obtenir. Quand l'irrigation est prescrite avec un antiseptique ou pour désinfecter le vagin comme temps préliminaire d'une intervention opératoire, une température de 32 à 40° suffit ; quand on cherche un effet hémostatique, la température sera de 50 à 55°, car la chaleur, quand elle agit d'une manière soutenue, fait contracter les fibres musculaires lisses. Si nous nous proposons d'activer la nutrition des organes, on choisira la température de 45°. On n'usera jamais d'eau froide. Quand on emploie l'eau chaude (55°), on doit éviter la cautérisation de la vulve et du périnée au moyen d'une couche épaisse de vaseline.

La quantité de liquide injecté comme aussi sa pression varient suivant l'objet qu'on se propose : quand on veut faire seulement un nettoyage ou désinfection du vagin, un ou deux litres de liquide, avec une pression de 40 ou 50 centimètres suffisent pour l'*irrigation vaginale*; quand, au contraire, on cherche un effet mécanique on l'obtient en élevant l'irrigateur à la hauteur d'un mètre et demi ou deux mètres; alors il faut que la quantité de liquide soit de plusieurs litres et on a la *douche vaginale*.

Douche et irrigation ont chacune leurs indications précises : quand il y a inflammation aiguë du vagin, de la matrice, des annexes ou du péritoine pelvien, il faut user de l'irrigation ; dans le cas contraire, on peut user de la douche.

Les injections peuvent être *antiseptiques* (bichlorure ou biiodure de mercure, acide phénique, permanganate de potasse, acide borique, sulfate de cuivre, lysol, liqueur de Labarraque, etc.), *résolutives* (eau bouillie très chaude avec un peu de sel de cuisine ou iodure de potassium), *émollientes* (eau à 35° ou 40° répétées plusieurs fois par jour), *calmantes* (eau laudanisée, teinture de belladone, bromure de potassium, etc.).

F. Berini.

Extirpation des fibromes par la voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes (*Société de chir.*, 18 juillet 1900). — M. Tuffier, s'appuyant sur 560 cas, dont 15 personnels avec 14 succès et 1 mort, due à la septicémie péritonéale, déclare qu'il existe de nombreuses indications d'*hystérotomie* abdominale, ce qui veut dire *énucléation des fibromes*, avec conservation de l'appareil utéro-annexiel en totalité.

L'opération est sans doute plus difficile que l'hystérectomie abdominale, mais grâce à la technique opératoire actuelle, on ne doit pas refuser ces opérations éminemment conservatrices.

A. Benoit.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Du traitement de l'entéro-colite dysentériforme des enfants par la poudre de guarana, par Saint-Philippe (*Académie de médecine*, juin 1900). — Voici encore un traitement nouveau proposé contre une affection qui, à notre avis, exige une médication interne très prudente.

La poudre de guarana qu'il faut demander très fraîche, provient du râclage d'une sorte de pâte roulée en forme de cylindre ou de boudin qu'on trouve dans le commerce de la droguerie et qui est, dit-on, préparée par les Guaranis de l'Uruguay et du Para avec les semences du paullinia sorbilis.

Le guarana contient de la guaranine identique à la caféine, des huiles volatiles essentielles et des tannins spéciaux. Les semences de paullinia sont plus riches en caféine que le café ou le thé ; elles en renferment 6 p. 100, tandis que le café n'en contient que 1 à 2 et le thé, 2 à 3 p. 100.

Le Dr Saint-Philippe pense que l'action du médicament est due à ses différents principes actifs dont chacun exerce une action spéciale (les tannins agissent comme astringents et peut-être comme antiseptiques, la caféine comme tonique et diurétique, etc.).

C'est à la macération qu'il a recours (macéra-

tion pendant 24 heures). La dose moyenne est de 0 gr. 50 pour les 24 heures, pendant les deux premières années et de 1 à 2 grammes au plus, pour les enfants plus âgés.

Poudre fraîche de pâte de guarana..... 0 gr. 50 à 2 gr.

Faire macérer à froid pendant 24 heures dans 60 ou 100 grammes d'eau bouillie.

A prendre par cuillerées à café ou à soupe, sans interruption toutes les deux heures. On peut sucrer ou ne pas sucrer, à volonté. Le goût n'est pas désagréable ; les enfants l'acceptent très bien, même les plus jeunes. Il faut remuer le mélange de façon à faire aussi absorber la poudre.

Le traitement doit être continué aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

G. Lyon.

Traitement de la coqueluche par les injections profondes d'huile au goménol, par Ch. Leroux et B. Pasteau (*Bulletin médical*, n° 47, p. 545, 1900). — Le goménol est une essence pure, naturelle, retirée par distillation des feuilles sélectionnées d'une variété de melaleuca viridiflora, cultivée à la Nouvelle Calédonie. C'est un liquide légèrement oléagineux, de couleur ambrée, d'odeur douce et aromatique, intermédiaire entre le camphre et la menthe, de saveur légèrement cuisante, laissant une impression de fraîcheur, comme la menthe ou le menthol.

En le décomposant, on trouve :

1° Un thérébentène (10 0/0); 2° Un citrène; 3° De l'eucalyptol (2/3 du poids) ; 4° Du terpinol (5 0/0). Le goménol serait, en somme, un terpinol naturel.

Les recherches de Leroux et Pasteau ont porté sur 40 malades. Les enfants soumis aux injections étaient âgés de un à huit ans.

Les injections ont été faites dans la région fessière. Le traitement a consisté en injections profondes d'huile goménolée au cinquième aux doses variables de 5, 8 et 10 cent. cubes, suivant les âges, dans la majorité des cas.

Les injections doivent être quotidiennes. Dans trois cas, les injections ont été remplacées par des lavements d'huile goménolée au cinquième et au demi, à la dose de 5 ou 10 cent. cubes, soit 1 gr., 2 gr. 5 ou 5 gr. de produit actif.

L'injection n'est point ou peu douloureuse ; la résorption se fait bien. Elle ne provoque jamais de réaction fébrile. Avec les précautions antiseptiques habituelles, aucun accident local n'est à redouter.

La dose minima doit être injectée au début, et rapidement on monte à la dose active maxima. Jamais on n'a eu besoin de dépasser 10 cent. cubes. Le goménol n'est point toxique.

L'influence sédative sur les quintes se manifeste dès la première injection ; elle se traduit par la diminution du nombre, de l'intensité et de la durée des quintes. Corrélativement les vomissements diminuent, puis cessent.

La suspension prématurée du traitement ramène les quintes ; il est donc indiqué de prolonger le traitement pendant quelques jours après la cessation de toute quinte vraie.

La bronchite et la toux sont également modifiées, mais ces symptômes secondaires persistent pendant la durée de la maladie.

Chez les enfants traités, il n'est pas survenu de complications inflammatoires. Chez deux enfants apportés avec une coqueluche compliquée de bronchite aiguë, avec foyers de bronchite capillaire et température assez élevée, les injections de goménol n'ont pas apporté de notable modification dans la marche des complications pulmonaires.

Enfin dans les cas traités, l'état général s'est maintenu satisfaisant ; l'appétit a reparu rapidement.

En résumé, l'huile doit être employée en injections au 1/5e et les maxima à injecter sont :

De 1 à 2 ans.....	3 à 5	cc.
De 2 à 3 ans.....	7 à 8	»
De 3 à 8 ans.....	10 à 15	»

En lavement, il faut utiliser l'huile goménolée au 1/5e, chez les bébés de un à deux ans et l'huile à 50 0/0 chez les autres :

Huile au 1/5e de 0 à 1 an.	5	cc.
— — de 1 à 2 ans	10	»
Huile à 5 0/0 de 2 à 8 ans	10	»

G. Lyon.

L'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche par Baroux d'Armentière (*Indépendance médicale* n° 15, p. 113, 1900). — Il convient de se servir d'eau oxygénée à 12 volumes conservée dans des litres. On l'emploie sans aucun mélange d'eau, en en versant avec une petite mesure d'étain ou de verre, alternativement 80 grammes, toutes les quatre heures, sur deux linges de vieille toile blanchie d'un mètre carré de surface, pliés en plusieurs doubles et placés dans une assiette creuse.

Il faut placer ces deux linges autant que possible sur une corde traversant l'appartement dans son milieu.

Comme adjuvant inoffensif et toujours calmant, il est permis d'employer le mélange suivant :

Teinture de drosera.....	2	grammes
— de belladone...	3	—
— d'aconit..... ..	4	—

A la dose de 90 gouttes par jour, pour un adulte, avec une échelle descendante selon l'âge.

G. Lyon.

Causes et traitement de la constipation chez les enfants, par le Dr Benitez (*La Oto-rino-laringologia*. n° 28-1500.) — L'auteur commence par dire que la constipation n'est qu'un symptôme et cite quelques cas vraiment extraordinaires où la défécation ne se faisait que très rarement.

Pour mieux régler son travail il divise les causes de constipation en les suivantes : 1° *Troubles dus à la contractilité musculaire intestinale ou des parois de l'abdomen soit par diminution*, comme il arrive aux enfants nouveau-nés, ou ceux qui ont abusé des lavements, ou ceux qui par leur vie sédentaire ont aboli le réflexe, ou qui souffrent de douleurs et désirent les éviter, etc., soit *par augmentation* comme il arrive dans la méningite.

2° *Altérations des secrétions intestinales ou annexes*. Constituant une cause fréquente de constipation comme il arrive quand on boit peu ou qu'on perd en abondance par la transpiration, la fièvre. De la même manière peut influer le manque de bile dans l'intestin, sans oublier son action paralysante sur le système nerveux quand elle passe dans le sang, comme il arrive dans la jaunisse. Le gros intestin dilaté peut être à son tour un obstacle mécanique au passage de la bile.

3° *Obstacles mécaniques au cours des matières contenues dans l'intestin*. Ces obstacles peuvent être occasionnés par rétrécissement de l'intestin ou de l'anus et encore par compression, strangulation ou invagination ou par rétention d'une quantité excessive d'aliments de mauvaise qualité. Cela arrive avec l'excès de lait, encore qu'il soit stérilisé, ou quand le sucre lui manque, ou qu'il est pauvre en graisse ou riche en caséine ou en sels calcaires. Une des causes les plus fréquentes de la constipation habituelle est la malconformation du côlon sans retrécissement. Cette portion de l'intestin est chez l'enfant moins musculeuse et relativement plus longue que chez l'adulte, ce qui est dû au moindre développement des fibres musculaires longitudinales : il se laisse distendre avec plus de facilité et occupe une position pelvienne différente de celle de l'adulte.

Le traitement doit viser la cause : autant que possible on opérera les ectasies, les rétrécissements.

Le régime diététique doit être observé de près : on n'oubliera pas les observations faites à propos de la rétention des aliments ou des effets produits par le lait avarié ou altéré dans ses éléments qualitatifs.

Les divers médicaments usités chez les adultes ont leur application chez les enfants, mais ceux que l'auteur recommande le plus sont l'huile de ricin et celle d'amandes douces par petites cuillerées, la première émulsionnée avec l'eau de chaux et le sirop de lacto-phosphate de chaux. La rhubarbe, les sels de magnésie, le podophilin, la cascara sagrada. etc. ont leurs indications comme aussi la noix vomique et la belladone, mais surtout la gymnastique, l'électrothérapie, l'hydrothérapie et le massage abdominal suivant la pratique courante.

F. Berini.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

A propos de la prétendue toxicité du borax et de l'acide borique (*Therap. Monatshefte*, juillet 1900). — Liebreich, à propos d'un cas d'empoisonnement (cinq personnes et neuf poulets) par un blanc-manger, additionné d'acide borique pour en faciliter la conservation, croit que l'expert a trop hâtivement conclu à une action nocive de l'antiseptique, car ce mets contient de l'essence d'amandes amères, de la vanille, du lait : ces substances auraient dû aussi être incriminées.

L'auteur a institué au sujet de ce cas, une série d'expériences sur des poulets : elles ont démontré que l'acide borique, même à hautes doses (2 grammes), est inoffensif pour les poulets, et qu'il n'y a pas lieu de prendre des mesures prohibitives à l'égard de cet antiseptique si souvent ajouté aux aliments.

E. Vogt.

Propriétés physiques des onguents (*Pharmaceutical Review*, avril 1900). — Il ressort des recherches chimiques de Kahlenberg que l'action thérapeutique des onguents et pommades dépend de plusieurs facteurs : en premier lieu, de la constitution chimique des sécrétions du point traité, en second lieu, des modifications subies par l'onguent lui-même. Ceux qui présentent un certain degré de saponification sont plus efficaces que ceux qui représentent un simple mélange obtenu mécaniquement. A ce point de vue, la cire et l'axonge sont bien supérieures à la vaseline mais elles cèdent le pas à la lanoline. En outre, la préparation à chaud favorise la saponification.

E. Vogt

Une nouvelle préparation ferrugineuse (*Therap. Monatshefte*, 1900). — Silberstein, assistant du Pr Neumann de Vienne, a soumis à l'expérimentation un produit ferrugineux, qui a reçu le nom de *fersan*, extrait des érythrocytes du sang de veau par action de l'acide acétique concentré : on obtient ainsi par décomposition une albumine acide contenant tout le fer et le phosphore du globule rouge. Cette substance est pulvérulente, couleur chocolat; elle présente un goût légèrement salé, non désagréable, est entièrement soluble dans l'eau chaude et ne coagule pas par la cuisson : la proportion de phosphore est de 0,123 0/0; celle de fer de 0,3724. La préparation a une valeur nutritive et médicamenteuse, et est très assimilable. Les doses sont de trois à six cuillerées à café pour les adultes, mais on peut en administrer bien davantage encore. On la prescrit sous forme d'émulsion aqueuse à laquelle on ajoute un peu de lait.

On n'observe jamais les inconvénients inhérents aux préparations ferrugineuses courantes.

E. Vogt.

Le Citrophène, par Stoschich (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 5 juillet 1900). — L'auteur ayant employé le citrophène pendant plus de 6 mois, et l'ayant appliqué à des cas multiples est arrivé à la conclusion que le citrophène est un médicament nettement antipyrétique, antinévralgique et nervin. Ce produit, par son action inoffensive sur l'organisme est appelé à remplacer tous les remèdes du même genre qui ont été prônés jusqu'ici : il possède une action très marquée sur la coqueluche et l'on peut l'employer également chez l'adulte et l'enfant; c'est surtout dans ce dernier cas que le citrophène peut être appelé à rendre de grands services.

L'avantage le plus précieux du citrophène c'est d'être absolument inoffensif; on n'a jamais constaté, même dans les affections cardiaques et chez les sujets débiles, aucun des accidents observés avec l'emploi de l'antipyrine et du salicylate de soude.

L'auteur a généralement employé, pour les adultes, des doses de 2 à 3 grammes par jour : le résultat a été très rapide et très satisfaisant. Parfois même, dans des cas légers, l'action s'est manifestée au bout de 24 heures.

Un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, souffrant depuis 6 mois sans avoir pu être soulagé par aucune médication, s'améliora sensiblement à partir du 5e jour de traitement par le citrophène. La dose a été de 1 gramme 3 fois par jour. Le malade guérit au bout de 5 semaines.

Un autre malade atteint de névrite, avec symptômes de paralysie des membres inférieurs et des mains, traité pendant six semaines par le citrophène, à la dose de 1 gr. 3 fois par jour fut guéri sans récidive.

La citrophène donna encore des résultats remarquables dans des cas de fluxion de poitrine, d'hystérie et d'hémicranie, de coqueluche et de fièvre; chez l'enfant, la dose varie de 2 cent. à 5 cent., deux ou trois fois par jour.

E. Vogt.

La nirvanine (*Wratch*, n° 21, 1900). — Diorichson communique les premiers résultats obtenus par lui dans ses recherches sur la pharmacologie de la nirvanine. Voici de quelle façon il résume ses premières observations.

1° La toxicité de la nirvanine est de beaucoup supérieure à celle qui a été indiquée par les auteurs (Joanin, Manquat). Cela est également vrai pour les doses de nirvanine ne déterminant que l'excitation générale avec augmentation de l'activité réflexe et pour les doses déterminant des convulsions et la mort.

2° A la période d'excitation ce qui frappe particulièrement, c'est l'excitation des centres psychomoteurs avec obnubitation du sensorium, par des hallucinations de caractère généralement désagréable. Les animaux (chiens, chats) ont l'air d'être atteints de rage : dans quelques cas cet état persiste pendant très longtemps.

3° Avec les doses mortelles on constate toujours l'apparition de convulsions toniques et cloniques, cloniques surtout.

4° Avec les doses après lesquelles l'animal (chien) se rétablit assez rapidement, il se produit au moment de l'excitation des phénomènes de défécation involontaire, parfois aussi de miction. Pendant toute la durée de l'intoxication et un certain temps après que l'animal est rétabli, on observe une salivation abondante.

5° Dans l'application locale des solutions de nirvanine sur l'écorce cérébrale, aussi bien que dans les injections sous-duriennes et intra-cérébrales, on observe de l'excitation suivie d'un abattement plus ou moins prononcé.

6° Dans les intoxications répétées même à intervalles assez longs (10 jours) on a toujours constaté que des doses presque indifférentes déterminèrent des phénomènes d'intoxication intense : des doses plus élevées allaient jusqu'à provoquer la mort. Ce fait peut être attribué à l'action cumulative de la nirvanine ou bien à quelques modifications persistantes dans l'économie.

7° La proportion par kilogramme d'animal qu'on a l'habitude d'envisager dans ces sortes de recherches ne paraît pas avoir d'importance capitale, car de petits animaux supportent sans inconvénient des doses élevées de nirvanine,

tandis que des animaux de grands poids sont tués par des doses relativement très petites. En se basant sur ces premiers résultats, l'auteur estime qu'on aurait tort de considérer la nirvanine comme une substance indifférente et qu'on ferait bien d'envisager avec méfiance les doses indiquées par certains auteurs.

D, Roubleff.

L'eulactol (*Therap. Monatshefte*, juillet 1900). — L'eulactol est un produit alimentaire représentant un mélage de 33,25 0/0 d'albumine, de 43,3 0/0 de graisse, de 46 0/0 de sucre de lait, avec un peu d'acide phosphorique, de chaux et d'oxyde de fer. La préparation finement divisée a un goût agréable et s'administre dans du lait, du potage ou d'autres aliments à la dose de deux cuillerées à soupe et davantage par jour.

Gœrges a noté une influence très favorable sur les entérites catarrhales infantiles s'accompagnant d'une augmentation de poids et de l'appétit. La courbe des poids a nettement varié avec l'administration et la suppression expérimentales de l'eulactol.

Une série d'expériences, faites sur deux enfants, atteints de tuberculose osseuse et un enfant atteint de pied-bot avec bonne santé générale, ont démontré que l'azote de l'eulactol est absorbé dans la proportion de 94,87 0/0, et la graisse contenue dans le même produit dans la proportion de 98,96 0/0 : ces résultats parlen en faveur de la digestibilité de cet aliment arti ficiel.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ENTÉRITES AIGUES CHEZ L'ADULTE

(*Suite*)

Au déclin on peut employer les astringents : *tanin, ratanhia, cachou, tannigène*.

a) Tanin ..... 0 gr. 10
Phosphate de chaux..... 0 gr. 50
Pour un cachet, 5 à 6 par jour.

b) Tanin..... 0 gr. 15
Extrait de ratanhia..... 0 gr. 10
Pour une pilule, 5 à 10 par jour.

c) Tanin..... } ãã 0 gr. 05
Cachou pulvérisé..... }
Extrait de ratanhia..... 0 gr. 10
Pour une pilule, 5 à 10 par jour.

c) Extrait de ratanhia.... 3 grammes
Sirop thébaïque..... 30 —
Eau distillée..... 100 —
A prendre dans les 24 heures.

d) Tannigène, 0 gr. 50 pour un cachet, 3 à 6 par jour.

Le traitement de la convalescence exige surtout l'observation de très grandes précautions dans le retour vers l'alimentation normale ; le régime se composera pendant longtemps de lait et de laitage, d'œufs à la coque, de viandes grillées, de cervelles, de poissons de rivière bouillis, de féculents en purée, de pâtés, de gâteaux de riz ou de semoule, de fruits cuits.

Pendant longtemps les crudités, les légumes, les fruits, les sauces et mets épicés seront interdits.

On se gardera de prescrire, pour améliorer l'état général, des médicaments susceptibles d'irriter l'estomac ou l'intestin : quinquina, fer, arsenic.

On recommandera exclusivement le séjour à la campagne, et, si l'entérite tourne à la chronicité, un traitement à Plombières.

Traitement suivant les variétés cliniques et les localisations anatomiques.

Le traitement qui vient d'être indiqué s'applique aux entérites légères et de moyenne intensité.

L'entérite cholériforme comporte des indications particulières :

a) *Diète hydrique* absolue consistant en limonade lactique, thé, grogs très légers, champagne étendu d'eau (ce dernier utile contre les vomissements),

Ces différentes boissons seront prises froides de préférence.

b) *Bains chauds* à 38°, fréquemment renouvelés (toutes les 3 ou 4 heures), indiqués contre l'hypothermie, l'anurie, les crampes.

c) *Lavements très chauds*, administrés avec prudence.

d) *Injections sous-cutanées de sérum artificiel* ; employer plutôt le sérum de M. Hayem.

Sulfate de soude.....	10 grammes
Chlorure de sodium....	5 —
Eau distillée..... ...	1 litre

que le sérum dit physiologique composé uniquement de chlorure de sodium, le sulfate de soude ayant une action constipante énergique.

Employer en outre, concurremment, les injections de *caféine*, d'huile camphrée au 10°, d'éther.

e) Combattre en outre les différents symptômes, c'est-à-dire les vomissements à l'aide de l'*eau chloroformée*, de la *cocaïne*.

Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 05
Sirop simple	20 —
Eau chloroformée..... }	àà 50 —
Eau de menthe..... }	

par cueillerées à soupe.

Les crampes à l'aide d'applications de flanelle chaude, de frictions avec le liniment ammoniacal camphré, etc.

La colite ulcéreuse, dysentériforme constitue la seconde forme grave des entérites aiguës. La durée est toujours longue (deux ou trois mois).

Le principe du traitement est le même que celui des autres entérites : *diète hydrique* prolongée jusqu'à modification des selles : abstention au début, de toute médication par la bouche et même des lavages intestinaux. Se borner à soutenir les forces par les *injections multipliées de sérum artificiel*.

Ultérieurement employé le *sulfate de soude* à petites doses, 2 à 4 grammes, suivant les cas, administrés le matin à jeun, dans de l'eau de Vichy tiédie, jusqu'à ce qu'on obtienne de la constipation et les lavements de *nitrate d'argent* (0 gr. 25 puis 0 gr. 50 pour un litre d'eau). Si le lavement est mal supporté, on peut y ajouter deux blancs d'œuf et une quantité de chlorure de sodium égale à la quantité de nitrate d'argent.

C'est surtout dans les colites ulcéreuses qu'il faut se garder d'user des médicaments dits antiseptiques : salol, naphtol, etc.

La *levure de bière* préconisée récemment dans les entérites aiguës en général, à la dose de 3 a 6 cuillerées à café par jour, ne nous a pas donné de résultats satisfaisants.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). Travaux du Congrès. — Le Congrès tiendra séance chaque jour (sauf le dimanche 5 août), soit en Assemblées générales, soit en réunions de sections (1).

A. *Assemblées générales*. — Ces assemblées seront au nombre de trois, elles réuniront toutes les sections du Congrès et seront consacrées aux discours d'usage et aux votes réglementaires à émettre (ne pourront prononcer de discours dans les Assemblées générales que les Membres qui auront été désignés et invités par le Comité exécutif d'organisation).

La première Assemblée générale aura lieu le 2 août dans la Salle des Fêtes de l'Exposition Universelle (Champ-de-Mars, entrée avenue de La Motte-Piquet).

(1). Un programme détaillé est en voie de publication, et pendant la durée du Congrès un programme officiel paraîtra chaque matin.

La seconde Assemblée générale aura lieu le 6 août, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

La troisième Assemblée générale aura lieu le 9 août, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

B. *Réunions de sections.* — Les séances des sections auront lieu chaque jour. Ces séances seront consacrées à l'audition et à la discussion des rapports et des communications diverses. Chaque congressiste pourra prendre part aux travaux de toutes les sections, quelle que soit la section à laquelle il appartienne.

C. *Visite dans les hôpitaux et laboratoires.* — Quelques sections ont organisé ces visites à des jours et à des heures déterminés ; mais indépendamment de ces visites en commun, chaque congressiste pourra se rendre dans les hôpitaux ou laboratoires qui l'intéresseront.

Fêtes offertes aux membres du Congrès. — 3 *août.* — Réception (sur invitation) par M. le Président du Congrès.

4 *août.* — Fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités des sections du Congrès au Palais et dans les Jardins du Luxembourg.

5 *août.* — Fête offerte par M. le Président du Conseil, au nom du Gouvernement, dans la salle du Trocadéro, à deux heures de l'après-midi.

7 *août.* — Fête offerte par le Conseil municipal dans les salons de l'Hôtel de Ville.

9 *août.* — Fête offerte par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

Avantages conférés aux membres du Congrès. — 1. Réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français. (Une feuille de chemin de fer est envoyée à chaque congressiste, il la fait timbrer à la gare du départ, paie son billet place entière pour Paris, fait viser une seconde fois sa feuille dans les bureaux du Congrès et retourne chez lui gratuitement. Cette feuille a une validité de un mois, du 20 juillet au 20 août).

2. Entrée gratuite à l'Exposition pendant la session du Congrès, du 2 au 9 août.

3. Insigne consistant en une plaquette artistique gravée pour le Congrès par M. Vernon.

4. Facilités de logement par l'intermédiaire des agences avec lesquelles le Congrès s'est mis en rapport.

Participation des Dames au Congrès. — Les Dames des congressistes seront invitées à la séance d'ouverture et à toutes les Fêtes générales; mais elles ne participeront pas aux avantages conférés aux Membres du Congrès (réduction sur les chemins de fer, entrée gratuite à l'Exposition).

Ces dames devront se faire inscrire, pendant la durée du Congrès, au siège du Comité des Dames (Salle du Conseil de la Faculté de Médecine). Pour avoir droit à cette inscription, toute dame devra être présentée par son mari, son père ou son frère, membre du Congrès; la carte nominative qui sera délivrée donnera droit d'entrée à la séance d'ouverture et aux Fêtes générales.

L'insigne des Membres du Congrès (ruban et plaquette) sera donnée, aux dames régulièrement inscrites, moyennant la somme de *trois francs* destinée à en couvrir les frais.

Programme des assemblées générales du Congrès. — *Première assemblée générale.* — Le 2 aout, à 2 heures, à la salle des fêtes de l'exposition, sous la présidence de M. le Président de la République.

Partie officielle : Discours de M. le Président du Congrès. Compte-rendu du secrétaire général du Congrès.

Adresses des membres délégués des gouvernements étrangers.

Partie scientifique : Discours de M. le professeur Virchow : Traumatisme et infection. — Discours de M. le professeur Pavlov : Thérapie expérimentale comme Méthode nouvelle et extrêmement féconde pour les recherches physiologiques.

Deuxième assemblée générale. — Le 6 août, à 2 heures, dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne. — M. le professeur Baccelli: Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'acide phénique. — M. le professeur Burdon Sanderson : Quelques problèmes pathologiques d'aujourd'hui. — M. le professeur Jacobi : La médecine et les médecins dans les Etats-Unis. — M. le professeur Albert : De l'architecture des os de l'homme et des animaux.

Troisième assemblée générale. — Le 9 août, à 2 heures, dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

Attribution du prix triennal fondé en 1897, par la ville de Moscou.

Proclamation du lieu de réunion du XIVe Congrès International de médecine et de son bureau.

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire de gynécologie par le Pr Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 276 pages, cart. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris), 3 fr.

L'accueil favorable que praticiens et étudiants ont réservé à ses précédentes publications ont encouragé le Pr Paul Lefert à publier une nouvelle série d'*Aide-mémoire* où il donne un exposé succinct mais complet de chacune des branches des sciences médicales Après la Dermatologie et la Neurologie, il vient d'aborder la *Gynécologie*.

Si l'on parcourt la série des traités de gynécologie actuellement parus, on constate que la plupart sont trop étendus, pour le médecin désireux de se tenir au courant de l'état actuel des connaissances, pour l'étudiant qui veut revoir rapidement les matières d'un examen.

L. Lefert s'est efforcé, dans son *Aide-mémoire de gynécologie*, de renfermer, de la façon la plus brève, la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir en matière de gynécologie. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qu'il est indispensable de connaître. Des notions étiologiques il a élagué les causes sujettes à caution ; l'étiologie vraie a été mise au point des recherches les plus récentes. Le plus grand développement possible a été donné à la symptomatologie, dont la connaissance importe au plus haut point.

Le diagnostic différentiel a été longuement débattu pour les affections les plus importantes par leur gravité ou leur fréquence Enfin, on a indiqué les modes de traitement les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris, par les maîtres actuels de la chirurgie.

Cet *Aide-mémoire* répondra au vœu du médecin qui demande à être tiré promptement d'un embarras de pratique comme à celui de l'étudiant désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

Comment on se défend contre les maladies du sang, la lutte contre l'anémie et les pâles couleurs, par le Dr Henry Labonne, licencié ès-sciences, officier de l'instruction publique. — Société d'Editions, 4, rue Antoine-Dubois, et Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — Une brochure in 8..... 1 fr.

L'influence extraordinaire qu'exerce l'état du sang sur tout notre organisme est aujourd'hui bien démontrée.

Dans la *Chlorose ou Pâles Couleurs*, dans les *Anémies*, les globules rouges diminuent et subissent de pernicieuses modifications, comme dans les fièvres, du reste. Dans son volume, le Dr Henry Labonne nous indique les médications énergiques qui remédient à ces maladies du sang, ainsi que les résultats importants que peuvent fournir les agents mécaniques ou physiques. Enfin, un chapitre annexe traite des varices et des hémorroïdes. Ces notices monographiques publiées sous le titre de « Comment on se défend » sur des affections usuelles et n'indiquant que des remèdes d'une application courante sont extrêmement utiles.

Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nlle. Imprimerie, E. Lasnier, directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

CONSEILS SUR L'HYGIÈNE DANS LES STATIONS THERMALES

Adressés à MM. les Maires, Propriétaires, Concessionnaires et Directeurs d'Etablissements thermaux Propriétaires ou Gérants d'Hôtels, Villas et maisons meublées.

Par le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.

(SUITE)

II

Mesures à prendre pour détruire les germes de maladies contagieuses pouvant exister dans les immeubles et meubles dans une station sanitaire (désinfection).

Les précautions hygiéniques ci-dessus étant prises, les chances de contamination sont considérablement diminuées, mais quoi qu'on fasse dans une localité, où arrivent journellement de nouveaux hôtes, dont quelques-uns viennent sûrement de lieux contaminés, il peut survenir des maladies contagieuses. Il faut donc que dans toute station sanitaire existent des moyens de désinfection, choisis parmi ceux qui sont justement considérés comme les plus sûrs et qui, en même temps, causent le minimum de gêne dans l'exploitation.

L'utilité de ces moyens est particulièrement évidente dans les localités dont la clientèle se compose en plus ou moins grande partie des malades atteints de maladies transmissibles, comme la tuberculose, mais elle est incontestable aussi en ce qui concerne les autres stations sanitaires pour les raisons invoquées ci-dessus.

Les administrations de celles-ci doivent songer, en effet, qu'il suffit d'un cas de maladie contagieuse, telle que scarlatine, diphtérie, variole, etc., pour qu'un hôtel, une station risquent d'être abandonnés, ce qui ne se produirait certainement pas si le public savait que dans nos stations sanitaires, tous les moyens propres à éviter la contagion sont mis en usage.

Pour opérer une bonne désinfection, il faut un matériel spécial et un personnel instruit.

Le matériel nécessaire est d'un prix assez élevé pour que, en dehors des grands établissements, aucun ne veuille en faire la dépense, mais il n'est pas d'un prix tel qu'il constitue une charge si cette dépense est supportée en partie et proportionnellement à l'intérêt de chacun, par la commune, l'établissement, les hôtels, les villas et les maisons meublées.

Le personnel (3 hommes) peut se recruter facilement partout, soit parmi les pompiers, soit parmi les membres des sociétés de secours (sauveteurs, brancardiers, etc.). L'instruction nécessaire peut leur être donnée facilement par les médecins de la station sanitaire. Ils sont rétribués, suivant un tarif établi, lors de chaque opération.

Le matériel de désinfection comprend : 1° un matériel de désinfection des surfaces (murs, parquets, boiseries, meubles, tentures légères); 2° un matériel de désinfection pour les objets dont l'intérieur doit être désinfecté comme les surfaces (matelas, édredons, oreillers, coussins, etc.).

Le matériel de désinfection des surfaces peut être soit un pulvérisateur, pour pulvérisation d'antiseptiques (sublimé tout spécialement) soit un appareil à vaporisation (de formol spécialement). Le matériel de désinfection des objets épais, dont l'intérieur doit être désinfecté, comporte essentiellement une étuve à vapeur sous pression.

Ces divers appareils, très répandus aujourd'hui, sont vendus à des prix très abordables.

Grâce à l'adoption de ces mesures hygiéniques, il n'est pas douteux que les dangers de contagion seront écartés et que nos stations sanitaires acquerront rapidement une réputatoin de salubrité qui assurera leur succès.

Celles de ces stations et ceux des hôtels qui les auront adoptées, présentant aux médecins et aux malades plus de garanties que les autres, seront tout naturellement les plus recommandés par les uns, et les plus recherchés par les autres.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

EXPOSITION UNIVERSELLE

Service rapide de Paris St-Lazare au Champ de Mars

La Compagnie de l'Ouest vient d'ouvrir à l'exploitation la nouvelle ligne de Courcelles au Champ de Mars. Cette nouvelle ligne permet d'effectuer le trajet de la gare Saint-Lazare au Champ de Mars en 22 minutes.

Le service des trains entre Paris Saint-Lazare et le Champ de Mars est actuellement fixé ainsi qu'il suit :

De Paris Saint-Lazare au Champ de Mars :

1ers trains du matin : 5 h. 39', 6 h. 9' et 6 h. 39' ; de 7 h. 9' du matin à 2 h. 39' du soir et de 5 h. 9' à 7 h. 39' du soir.

4 trains à l'heure partant aux 9', 24', 39' et 54' ; de 2 h. 39' à 5 h. 9' du soir et de 7 h. 39' à 9 h. 9' du soir.

2 trains à l'heure partant aux 9' et 39'. Dernier départ de Paris Saint-Lazare, à 9 h. 9' du soir.

Du Champ de Mars a Paris Saint-Lazare :

1ers trains du matin : 5 h. 34', 6 h. 4', 6 h. 34', 6 h. 49' ; de 7 h. 4' du matin à 2 h. 4' du soir et de 4 h. 34' à 7 h. 4' du soir.

4 trains à l'heure partant aux 4', 19', 34' et 49' ; de 2 h. 4' à 4 h. 34' du soir et de 7 h. 4' à 9 h. 4' du soir.

2 trains à l'heure partant aux 4' et 34'. Dernier départ du Champ de Mars à 9 h. 4' du soir.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE L'ÉTAT MENTAL NEURASTHÉNIQUE

Par le Dr Maurice de FLEURY

Il n'est pas dans mon intention de donner ici une description synthétique, plus littéraire que scientifique, de l'état mental neurasthénique. Tous les ouvrages spéciaux y consacrent quelques très bonnes pages auxquelles il n'y a pas grand chose à ajouter.

Par contre, je voudrais étudier analytiquement les principaux stigmates mentaux du mal de Beard, et tâcher de leur trouver une interprétation assez satisfaisante pour qu'il en puisse découler un traitement vraiment rationnel.

Vous savez, aussi bien que moi, que nos malades sont tous à des degrés divers tristes, pessimistes, misanthropes, douteux, hésitants, abouliques, incapables de travailler d'une façon suivie, maladivement humbles, timides et farouches au point de fuir toute rencontre et d'éviter de saluer leurs amis dans la rue. Ils sont encore singulièrement prédisposés à la peur sous toutes ses formes, notamment à la crainte de ces maladies du cœur, de l'estomac, du poumon ou du cerveau, vers quoi leurs palpitations, leurs malaises digestifs, leur amaigrissement et leurs troubles mentaux dont ils ont conscience attirent incessament leur attention. C'est là leur état permanent et chronique, leur état vrai. Mais sur ce fond monotone de misère psychologique se détachent, à titre d'épisodes aigus, en feux de paille, des crises de colères, de larmes, d'angoisse, dont il me faut dire un mot tout de suite.

On dit communément que neurasthénie signifie faiblesse irritable, et rien ne demeure plus vrai que cette vieille définition. Un animal en expérience dont on anémie le cerveau devient plus convulsif à mesure que s'aggrave l'épuisement de ses centres nerveux; les réactions d'excitation sur un fond de faiblesse s'expliquent ainsi d'elles-mêmes.

La colère neurasthénique est le type de ce genre de phénomènes fait d'ascension brusque bientôt suivie d'une dépression plus marquée. Le déprimé qui se querelle peut, en un clin d'œil et sous les plus futiles prétextes, s'exalter aux pires paroxysmes; mais la détente est prompte et radicale; tout de suite elle le ramène à l'étonnement, à la honte de ce qu'il a pu faire, au regret d'avoir dépassé la mesure, d'avoir peiné son adversaire, à la peur de s'en être fait un ennemi; et voilà notre névropathe bien vite revenu à son habituel bas fond de crainte, de torpeur mentale, d'humilité et de douceur parfois fort tendre.

Chez le neurasthénique, l'exaltation momentanée du cerveau s'accompagne de toute une série de modifications somatiques, intéressantes à noter. A trois ou quatre reprises il m'a été donné, sur des malades que je connaissais bien pour les voir couramment, de mesurer la pression sanguine, la force dynamométrique, le nombre des globules rouges, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, les variations du seuil de la sensibilité, à un moment où la tension électrique de l'air étant très forte, ils se montraient impatients et cherchaient les moindres prétextes pour entrer en colère.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans cet état d'exaltation dont je suis parvenu à prendre, pour ainsi dire la mesure physiologique, c'est qu'on y peut voir nettement l'émotion précéder l'idée, l'état affectif devancer l'état intellectuel. Ce sont là des expressions de psychologues avec lesquelles les médecins commencent à se familiariser. Elles signifient simplement que, exaltés momentanément par une excitation extérieure, puissante, comme l'approche d'un orage, nos malades se trouvent — non point exaspérés par quelque légitime motif d'indignation, — mais tendus et paroxystiques à priori ; nous les voyons chercher tous les prétextes, saisir avidemment le premier venu, éclater pour un rien et justifier (c'est le mot même de Malebranche) par une raison plus ou moins plausible, l'emballement de tout leur être.

C'est là vraiment une des caractéristiques essentielles de l'état mental neurasthénique : à l'inverse de ce qui se passe dans l'hystérie l'idée, bien loin d'être génératrice de l'émotion, apparaît la dernière et par simple logique, notre conscience éprouvant le besoin de s'expliquer rationnellement l'état de paroxyme où elle se voit. La colère neurasthénique est une poussée toute physique d'énergie dans un cerveau débile et par conséquent irritable. Souvent indifférents aux motifs les plus légitimes d'indignation, nos malades deviennent momentanément méchants pour avoir bu quelques gouttes d'alcool, pour être restés exposés la tête nue aux rayons du soleil, ou pour quelques causes de cette sorte ; il est habituel de voir les femmes atteintes de la névrose que nous étudions, devenir invraisemblablement irritables au moment de leurs règles, et profondément tristes aussitôt après que la saignée menstruelle les a débilitées.

Si la colère représente l'excitation motrice, les larmes représentent une autre façon d'être de l'exaltation mentale. On sait combien les neurasthéniques sont enclins aux crises de pleurs ; sous l'empire de la névrose, beaucoup d'hommes, jusque là pleins de fermeté, s'abandonnent comme des enfants ou des femmes. On en conclut, très ordinairement, que le fait de pleurer est signe de faiblesse. Or, les larmes, comme toute hypersécrétion, s'accompagnent invariablement d'une poussée d'hypertension centrale avec vaso-dilatation périphérique, et presque tous les phénomènes somatiques de la colère se retrouvent ici, d'ailleurs atténués. Il nous faut donc considérer les larmes comme une variété d'excitation cérébrale ; c'est de l'exaltation tempérée par la conscience de son impouvoir, qui fait de l'énervement au lieu de s'écouler en contractions musculaires, en cris, en gestes et en trépignements, s'assouvit et s'en va sous la forme adoucie d'une sécrétion glandulaire.

Je ne ferai qu'effleurer, en passant, l'histoire des angoisses, des phobies neurasthéniques. Chez les simples déprimés du système nerveux, comme, d'ailleurs, chez les dégénérés, elles ne m'apparaissent point comme un symptôme aussi exclusivement psychique que paraissent le croire un bon nombre d'auteurs.

L'angoisse rétro-sternale est, à tout prendre, de même nature dans l'angine de poitrine, l'agoraphobie, la claustrophobie, l'anthropophobie, et toutes les phobies du monde. C'est un phénomène essentiellement vasculaire, un spasme artériel. Il est dû soit à l'anémie momentanée des coronaires, soit plutôt au mécanisme suivant : sous l'influence d'une

excitation nerveuse d'origine centrale, l'arbre artériel tout entier se contracte, cependant que le cœur augmente pour son propre compte l'intensité de son impulsion ; et dès lors, la colonne sanguine, prise entre la résistance périphérique et la poussée centrale, encombre l'aorte thoracique, laquelle, dépourvue de tissu musculaire et riche seulement en fibres élastiques, se distend douloureusement, ce qui se comprend aisément si l'on songe aux très riches lacis nerveux qui l'enserrent de tous côtés. Cette interpellation me paraît expliquer d'une façon satisfaisante pour l'esprit, d'une part le refroidissement des extrémités qui accompagne invariablement l'angor neurasthénique, et, d'autre part, cette sensation de poussée au cerveau, d'exaltation mentale, cette crainte poignante de mourir ou de devenir fou que connaissent les névropathes sujets à ces symptômes. On voit d'ailleurs dans la pratique ces fausses angines de poitrine céder souvent et de façon définitive à une bonne hygiène alimentaire. C'est que, dans bien des cas, l'estomac, distendu à la manière qu'a si bien décrite M. Malibran, en se développant en haut vers le thorax, refoule le diaphragme, soulève en même temps le cœur, contre les vaisseaux qui émergent de sa base, d'où gêne extrême de la circulation à la sortie de l'orifice aortique. Il peut se faire encore, et c'est là, je crois bien, l'opinion de M. Huchard, que les toxines alimentaires vaso-constrictives et excitatrices de l'impulsion cardiaque tendent à reproduire le mécanisme d'hypertension à la fois central et périphérique que nous décrivions tout à l'heure.

Mais j'ai hâte d'en venir aux phénomènes vraiment typiques, vraiment fondamentaux de l'état mental neurasthénique.

Attaquons-nous d'abord à celui qui me paraît tenir le premier plan, à la tristesse.

Depuis longtemps, mais surtout depuis l'excellente thèse de M. le Dr Boissier (1), je suis convaincu que la lypémanie n'est qu'une sorte, particulièrement profonde et grave, de neurasthénie; les deux formes classiques, la dépressive et l'anxieuse, se retrouvent dans la maladie de Beard comme dans la mélancolie: les cas extrêmes de la névrose, les cas bénins de la psychose, se confondent absolument ; entre l'une et l'autre il n'y a que transition douce. C'est là, du reste, une opinion que la plupart des neurologistes, et notamment M. le professeur Raymond adoptent sans conteste.

La proche parenté des deux états morbides est à constater tout de suite, parce que, ces études de l'état mental neurasthénique ont été suivies parallèlement et ont donné des résultats tellement comparables qu'ils se groupent d'eux-mêmes.

En 1898, paraissait dans *la Petite Bibliothèque* (2) *de Philosophie Contemporaine*, la thèse de médecine d'un professeur de philosophie, ancien élève de l'école normale, actuellement directeur du Laboratoire de psychologie annexé à la clinique des maladies mentales du professeur Joffroy. Reprenant des arguments plus serrés et des observations nouvelles, la théorie de l'américain William James et celle du danois Lange, M. Georges Dumas établissait avec beaucoup de force dans ce premier travail, deux points fondamentaux : 1° l'antériorité de l'émotion sur l'Idée; 2° la nature toute somatique des phénomènes affectifs.

Si nous perdons quelqu'un que nous aimions, l'accablement profond où nous voilà plongés n'est pas la conséquence de nos pensées tristes, mais leur cause.

L'annonce d'une mort occasionne à nos centres nerveux un subit surmenage ; il en découle un trouble grave de la circulation sanguine et une baisse générale de la vitalité :

(1) Boissier (*Thèse de Paris*).

(2) G. Dumas. *Les états intellectuels dans la mélancolie.* — Voir encore, des mêmes auteurs la traduction du livre de Lange sur *Les Emotions.*

notre esprit en prend conscience, conscience vague, confuse, et c'est cela que nous nommons tristesse. Ce n'est qu'un cran particulier — un cran inférieur — de notre activité vitale.

Pour peu qu'il y demeure un certain temps, notre esprit en gardera le pli, et toutes choses ne lui apparaîtront plus que sous un jour pénible, mélancolique, pessimiste. La tristesse n'est qu'un symptôme de l'appauvrissement de la circulation, d'un ralentissement de la nutrition ; tel est, en somme, l'opinion de Langi, de Ribot, de Georges Dumas, et du plus grand nombre des psycho-physiologistes contemporains (1).

De mon côté, et dans mon modeste domaine j'avais occasion d'observer au jour le jour un assez grand nombre de neurasthéniques, et je ne manquais point de m'intéresser aux variations toutes particulières de leurs états effectifs et intellectuels.

Je me trouvais journellement en face de malades qui, profondément tristes, inaptes au travail et découragés à neuf heures du matin. se montraient singulièrement plus optimistes et plus dispos aussitôt que le déjeuner de midi leur avait apporté son réconfort. D'autres, voyaient leur mélancolie dépressive s'atténuer ou même disparaître pour un instant sous la seule influence d'un rayon de soleil, d'un séjour sur un haut plateau, d'une douche ou d'un bain statique bien donné. A bon nombre de reprises, les injections de sérum artificiel, dont j'avais appris le maniement dans le laboratoire de Chéron, à Saint-Lazare, avaient, sous mes yeux, tiré mes malheureux dolents de leur douleur morale, de leur pessimisme coutumier et leur avaient procuré pour quelques heures, ce sentiment d'euphorie, de bien-être physique et intellectuel où tendent les désirs des névropathes. Quelques-unes des observations que je fis à ce moment-là, eurent vraiment la précision d'expérienes de laboratoire, et, répétées sur des centaines de sujets ne me permirent plus le doute sur les deux notions que voici :

1° L'état mental des neurasthéniques est sujet à des améliorations en apparence spontanées, mais qui dépendent, en réalité, de l'action stimulante, sur les centres nerveux, de certains agents extérieurs : lumière, chaleur, tension électrique de l'atmosphère, altitude, etc., etc.

2° Il est possible, à l'aide de certains agents thérapeutiques, chimiques ou physiques, heureusement proportionnés à la résistance momentanée du sujet, de placer en quelques instants ces malades dans un état mental euphorique, analogues aux périodes de bien-être qu'ils éprouvent spontanément.

Certes, cette trouvaille n'était que le rajeunissement d'une bien vieille idée. Il y a beau jour qu'on connaît l'action stimulante et réjouissante du vin, de l'alcool, du thé et du café que le langage expressif des faubourgs de Paris nomme la graine de bonheur.

Pourtant, mes observations, grâce à la richesse actuelle des procédés de l'investigation clinique, revêtaient un certain caractère de précision expérimentale, J'en ai publié ça et là quelques-unes, que je demande la permission de reproduire ici.

Un de mes neurasthéniques, M. Lucien D..., en proie à des graves soucis d'affaires, vint un jour à ma consultation particulièrement assailli par ses tourments habituels.

Une dépression physique très marquée et notamment une extrême faiblesse du pouls (T. A. = à 11 c. m. de Hg.) accompagnaient cet accablement de l'esprit ; accablement est bien le mot car ses préoccupations se traduisaient beaucoup plutôt par de l'abattement et

(1) Tout récemment, M. Georges Dumas vient de publier en un fort volume de plus de 400 pages sa conception actuelle de la Tristesse et de la Joie. Plus affinée, elle ne diffère pas sensiblement de l'opinion résumée ci-dessus. Plusieurs chapitres sont consacrés à la psycho-physiologie, à la psycho-chimie, à la psycho-physique, à la psycho-mécanique de la Tristesse et de la Joie.

du découragement que par l'énervervement et de l'angoisse. C'était un franc neurasthénique, absolument rebelle à la suggestion. J'en avais fait assez souvent l'expérience pour n'être pas tenté de recommencer ce jour-là.

Sans prononcer une parole en réponse à ses doléances, je m'efforçai de rehausser d'une façon toute mécanique son énergie nerveuse par une assez forte injection sous-cutanée de sérum artificiel, et par une grêle très drue d'étincelles de la machine électrique statique.

Le lendemain M. Lucien D..., qui est un homme d'intelligence et de culture exceptionnelles revint chez moi pour me raconter ce qui suit.

« Quelques minutes après vous avoir quitté, tout en songeant obstinément à mes échéances prochaines et, plus encore, à ma malechance habituelle, je sentis une transformation singulière s'opérer en moi. Mon corps qui tout à l'heure était si pesant à traîner, me paraissait plus léger ; en venant chez vous j'avais peine à mouvoir mes jambes et maintenant, se sentais mes muscles se contracter avec une fermeté inaccoutumée. Ma pensée cependant restait encore triste, ou plutôt je me répétais machinalement et un peu par entraînement des phrases comme celle-ci : « Je suis perdu, j'ai assez de lutter, mieux vaudrait cent fois être mort, où est-il donc celui qui a promis la paix sur terre aux hommes de bonne volonté ? .. » Et cependant je prenais une démarche sautillante et je me surpris à siffloter un refrain dénué de mélancolie. Pendant quelques instants encore, je continuai, je crois du moins, à penser triste ; mais bientôt, je dus reconnaître que mes idées elles-mêmes se modifiaient irrésistiblement.

Sans qu'aucun motif rationnel d'espérer fut intervenu, j'entrevoyais la possibilité de solutions heureuses. L'optimisme, la joie de vivre dont je n'avais point reçu la visite depuis longtemps, étaient entrés en moi pour quelques heures. Je suis encore, après un jour passé, sous cette bienveillante influence ».

Les jours suivants, j'ai tâché d'utiliser le souvenir de cette réussite thérapeutique, pour influencer le moral de Lucien D..., mais ici encore, cette petite ruse de psychothérapie, qui n'eut pas manqué son effet chez une hystérique, échoua tout-à-fait. L'état mental de mon malade ne s'améliora que quand je sus trouver la dose de stimulation mécanique proportionnée à la résistance de ses centres nerveux.

Par cette observation et par bien d'autres, j'ai acquis la conviction que les injections salines agissaient, chez les neurasthéniques, non point du tout par la représentation mentale que se font les malades de leur effet probable, mais à titre de stimulant vrai du système nerveux central et du cœur, à titre de tonique, très comparable à la caféine.

Les recherches de Chéron et de Huchard ne tardèrent pas en effet à montrer que les injections salines relèvent la pression du sang en avigourant la fibre cardiaqne et en provoquant un léger reserrement de la tunique moyenne de l'arbre artériel. Aujourd'hui, il est parfaitement démontré que, sous leur influence, il est possible de constater très habituellement un accroissement de la richesse du sang en globules rouges et en hémoglobine, l'accélération très marquée de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine au sein de nos tissus, un rétrécissement souvent considérable du seuil de la sensibilité, une augmentation appréciable de l'acuité visuelle et de l'acuité auditive, une surproduction de l'urée excrétée en 24 heures, un rehaut de la force dynamométrique.

Cet effet indéniable sur l'ensemble des activités fonctionnelles, s'étend, non seulement aux appareils moteurs, mais encore aux appareils glandulaires : les injections salines ont coutume d'accroître l'appétit en réveillant la sécrétion chlorhydrique des glandes de l'estomac, et c'est sans doute, par un mécanisme analogue qu'elles combattent heureusement l'asthénie génitale. Après avoir ainsi relevé la tonicité dans

l'ensemble des organes alanguis, endormis par la neurasthénie, elles atteignent l'état mental. Il faudrait, pour s'en étonner, oublier que quelques tasses de café ou quelques verres d'une boisson fermentée, changent, depuis que le monde est monde, la mélancolie en gaieté, la mollesse indécise en humeur belliqueuse. Ce moyen dont je parle beaucoup pour l'avoir beaucoup expérimenté, n'a d'ailleurs rien qui le distingue des autres stimulations mécaniques bien conduites des centres nerveux, bains minéraux, douches, bains de soleil et de lumière, massage, électrisation, cure d'air, etc., etc.

Tous ces procédés, quels qu'ils soient, modifient le moral en même temps que le physique. Pour peu qu'on en abuse ils dépassent souvent le but qu'on se proposait, énervent ou accablent au lieu de stimuler, rendent un nerveux colère, farouche ou plus désolé qu'auparavant, au lieu de lui communiquer la joie de vivre. J ai vu souvent les bains salés ou les massage trop prolongés, rendre bavards, irritables, impatients, colères, des enfants qu'une dose moindre fait riants et tranquilles.

L'observation que voici me paraît fort démonstrative à ce point de vue :

J'ai eu chez moi pour quelques jours, une servante extraordinairement anémique, maigre et débile. Comme ses jambes la portaient à peine, elle me demanda le moyen de recouvrer un peu de force. Médicalement, elle montrait tous les symptômes de la dépression neurasthénique et de l'anémie avancée ; psychologiquement c'était une apathique, une bretonne en proie au mal du pays, peureuse et tressaillant au moindre bruit, obsédée par la crainte de la tuberculose, mais douce, soumise, incapable d'un geste brutal ou d'un mot insolent.

Je lui donnai quelques préparations ferrugineuses sans succès. Au bout de quelques jours je me décidai à lui faire une injection sous-cutanée de sérum artificiel et j'eus recours d'emblée à une forte dose de solution concentrée. Je n'ai prononcé d'autres phrases que celles-ci, bien incapable de la suggestionner : « peut-être cette injection va-t-elle vous donner un peu de ton, je n'en suis point bien sûr ; je ne vois guère pour vous de traitement efficace que le retour au pays, et la vie au grand air. » Environ trois quarts d'heure après l'injection, mon attention fut attirée par un grand bruit dont se remplissait la maison. J'allai voir ce qui se passait, et je trouvai singulièrement transformée notre névropathe, si timide et si défaillante, si peureuse et si douce à son état normal : elle avait les joues rouges, les yeux brillants, le verbe haut, le geste exaspéré ; elle massacrait la vaisselle, fermait les portes à la volée, apostrophait avec indignation l'autre servante, bousculait le bébé, et donnait tous les signes de la colère dans l'ivresse. Or, elle n'avait bu que du lait, et il fallut reconnaître qu'elle était ivre de sérum, comme certains nerveux sont ivres de café. Son système nerveux, exceptionnellement faible, était exceptionnellement irritable, et une dose de toxique qui, pour un sujet sain, ne lui fournit qu'une stimulation légère, bouleversait de fond en comble l'état mental de cette fille, la transportait de l'humilité à l'orgueil, (elle ne cessait de parler de sa dignité personnelle et de l'importance de sa famille à Pontivy), de la tristesse à la colère, de la douceur à l'exaspération, de l'impuissance d'agir à l'activité la plus désordonnée. Le fait est qu'elle a dépensé un nombre incalculable de contractions musculaires dans cette journée-là ; quand je l'interrogeai, elle disait avoir le sentiment que son corps était trop léger, comme prêt à ne plus toucher terre. Sa voix, habituellement sourde et chevrottante, résonnait avec beaucoup d'éclat, la nuit elle dormit à peine.

Deux jours après, j'eus la curiosité de renouveler la tentative avec une dose de moitié moindre. Cette fois elle ne répondit point par une crise de colère, mais seulement par de l'impatience et de l'énervement, des rires bruyants et des larmes, par un besoin de remuer sans cesse, de gesticuler, de parler haut, sans autre but appréciable que d'épuiser l'excès

de force momentanément accumulé dans ses centres nerveux. Quelques jours plus tard, la malade reçut une dose plus modérée encore d'un sérum beaucoup moins concentré, et je n'obtins qu'un état neutre, sans dépression des facultés mentales, mais sans animation. Une dernière tentative avec une dose moins faible eut un résultat plus intéressant : ma malade, duement tonifiée, se sentit forte, calme, heureuse de vivre, contente de pouvoir accomplir son travail sans fatigue ; sous l'influence de la dose qui lui convenait exactement, son visage garda pendant une dizaine d'heures, une expression de bonne humeur, de joie tranquille, de calme activité. Et désormais la même dose déterm na presque toujours le même effet.

Après bien des tâtonnements, après avoir frappé tour à tour à la porte de la colèr la porte des larmes, à la porte de l'énervement, à la porte de l'indifférence, j'avais fin par voir apparaître la joie de vivre, le bonheur d'agir, ce qui doit être en somme, pour un neurasthénique, l'état le plus souhaitable. Je l'avais rencontré a ce degré d'excitation légère du système nerveux qui est au-dessus de l'indifférence, au-dessous de la colère et de l'énervement. Le cycle était complet. Une pauvre servante dont le cerveau débile réagissait facilement, venait de me révéler la hiérarchie des émotions humaines.

J'ai déjà dit et je redis bien volontiers que les observations de ce genre sont vieilles comme le *mens sana*, que tous les médecins neurologistes, tous les directeurs de maison de santé ont vu s'améliorer de même, l'état mental de leurs neurasthéniques sous l'influence de moyens tout à fait comparables à ceux que j'ai coutume d'employer ; la cure d'air, surtout, agit parfois d'une façon immédiate sur la dépression mélancolique à tous ses degrès. Mais dans l'esprit d'un très grand nombre de mes confrères, qu'ils causent de cette question, ou qu'ils en écrivent, on peut toujours surprendre cette idée que le malade doit sa guérison surtout aux encouragements qu'ils n'ont cessé de lui donner, à cette lutte psychothérapique qui s'établit entre la volonté du médecin et l'entêtement du malade. Il y a, dans cette manière de voir, une part de vérité que nous tâcherons de dégager tout à l'heure ; mais ce qu'il faut constater tout de suite, c'est que ce renouveau de joie de vivre et d'espérance est, non seulement accompagné, mais précédé d'une accélération de toutes les énergies vitales. Quand on observe ses malades tous les jours ou tous les deux jours, en substituant à la partialité de son propre jugement l'impartialité des instruments de mesure, on note, sur les graphiques ainsi recueillis, la hausse de la pression sanguine et de l'état des forces, la réapparition du pouls capillaire montrant que la périphérie cède sous l'impulsion plus vaillante du myocarde, que le sang se concentre par resserrement de l'arbre artériel et chasse de l'eau dans les tissus péri-vasculaires, que l'hémoglobine augmente, et que la réduction du sang rouge en sang noir se fait avec une vitesse d'un quart ou d'un tiers supérieure à celle de naguère ; que le seuil de la sensibilité se rétrécit considérablement, que les échanges respiratoires sont plus actifs, la nutrition moins tardive. C'est seulement lorsque toute cette accélération vitale s'est affirmée, que la tristesse se dissipe et que l'esprit peut de nouveau concevoir l'espérance.

Qu'est-ce donc que cet état de mélancolie, de pessimisme, de découragement, qui caractérise au premier chef l'état mental de nos malades ? On peut, je crois, répondre sans hésitation que ce n'est rien de reflet mental de l'état physique préalable dont nous venons de constater la réalité objective à l'aide du dynamomètre, du sphygmomètre, de l'hématimètre, du compas de Weber, de l'appareil d'Hénocque, de l'analyse chimique des excreta.

Nous voilà bien loin de l'idée, pourtant fort répandue, d'une maladie primitivement psychique, presque imaginaire.

Au moment où le Dr Chéron, écrivait, en vue de sa communciation au Congrès de

Caen pour l'avancement des Sciences (1894), sa remarquable étude sur la *neurasthénie utéro-gastrique*, nous eûmes, lui et moi, sur les symptômes objectifs de la maladie de Beard, une série de conversations d'où est née la conception que je vous apporte aujourd'hui. Je l'ai ébauchée dès 1895, dans un mémoire lu au Congrès neurologique de Bordeaux et reproduit *in extenso* dans la *Revue de Médecine* (1) ; elle peut se résumer d'un mot beaucoup plus paradoxal en apparence qu'en réalité : il y a une anatomie pathologique de la neurasthénie.

A l'idée vraiment un peu confuse et rébarbative de l'entéroptose et de l'hépatisme tels que les conçoit M. Glénard, Chéron a été en effet le premier à substituer l'idée, à mon sens plus lumineuse et plus exacte, de viscéroptose plus ou moins générale par insuffisance de l'influx nerveux. Pour lui, le surmenage initial est au cerveau. Sous l'influence d'un excès sensitif ou moteur ou bien encore d'une intoxication, les cellules des centres nerveux perdent de leur vitalité, de leur influence motrice, secrétoire et trophique ; désormais il y a diminution d'énergie fonctionnelle, dans tous les organes de l'économie, qu'il s'agisse de fibres musculaires ou de glandes.

L'estomac se distend, et dans les cas graves se dilate, en même temps que sa sécrétion participe à l'hyposthénie. L'intestin, mal soutenu par une paroi abdominale affaiblie, tombe en paquet tout en se laissant gonfler par les gaz. Le foie, légèrement hypertrophié par le surcroît de besogne que lui donnent les toxines intestinales, sort de sa loge, pèse sur le rein droit qui glisse en bas et flotte ; par leur fatigue profonde, résultat de l'abaissement de leur tonus, les muscles à fibres striées ont aussi leur façon de ptose ; celle de l'appareil circulatoire consiste dans la mollesse contractile du myocarde et dans la distention totale de l'arbre artériel avec hypo-globulie apparente et hypotension ; chez la femme, les ligaments suspenseurs de la matrice, perdant aussi de leur élasticité et de leur tonicité, le col descend jusqu'au contact de la paroi postérieure du vagin (utéroptose en métroptose de Chéron) ; si la femme à un âge où les fibres élastiques commencent à devenir friables, la trentaine passée, accouche d'un gros enfant, il arrive que les parois du vagin n'opposent plus de résistance à l'envahissement de leur cavité par la vessie et le rectum : cystocèle et rectocèle, sont des ptoses à leur manière ; les varices, le varicocèle, maladie par rupture de fibres élastiques et atonie des fibres musculaires peuvent rentrer, je crois, dans la même catégorie. Chez la plupart des hommes neurasthéniques, le crémaster est à l'état de flacidité presque constante. Certains malades, qui s'observent beaucoup à ce point de vue spécial ont attiré mon attention sur cette atonie locale et m'ont ainsi permis de constater, que bien souvent, elle va de pair avec l'atonie des parois gastriques, l'hyposécrétion orchitique faisant pendant à l'hypopepsie (2).

Voilà donc un assez vaste ensemble d'organes affaissés, demi taris, fonctionnant au dessous de leur tâche, et même tenus, à part quelques poussées, en feu de paille, dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

On comprend, après un pareil groupement, que nous ayons pu prononcer tout à l'heure le mot d'anatomie pathologique du syndrôme de Beard.

Mais, dira-t-on, comme nous voilà loin de la question proposée, et le singulier psycho-

(1) 10 Février 1896.

(2) Brown-Séquard prétendait que la faiblesse humaine provenait de l'arrêt de la sécrétion testiculaire ; mais il nous paraît clairement aujourd'hui que cet arrêt de sécrétion n'est qu'un symptôme local et secondaire de l'épuisement primitif des centres nerveux.

logue, à qui nous parlons état mental, et qui nous répond amyosthénie, dyspepsie, utéroptose et rein flottant.

Nous sommes beaucoup plus près de la question qu'il ne semble au premier abord. Je puis le dire, en effet, maintenant : l'Etat mental neurasthénique ne peut être rien d'autre que la conscience obscure et trouble de cette baisse de fonctionnement, de cette diminution vitale dont chaque muscle, dont chaque glande sont frappés.

L'écorce grise de notre cerveau est, comme chacun sait, le lieu où viennent aboutir les fibres nerveuses centripètes venues de toutes les parties du corps; ces neurones sensitifs ont pour mission principale de porter perpétuellement au cerveau, avec les sensations musculaires, tendineuses, aponévrotiques, etc., etc., le sentiment de l'intensité vitale de l'organe. C'est ainsi que nous avons, sinon conscience très nette, du moins subconscience perpétuelle de la pesanteur ou de légèreté de notre corps, de la paresse ou de l'activité de tous les appareils de notre économie. Quant tout un organisme demeure pendant un certain temps à l'état de vitalité mineure, ayant ses muscles amollis, son tissu élastique détendu, ses organes splanchniques en ptose, ses glandes appauvries, son cœur mou, ses artères relâchées et son sang dilué, quand notre corps nous paraît lourd par suite de la rupture du rapport normal, entre le poids brut de ce corps et l'énergie du système nerveux qui le maintient debout, nous voyons apparaître comme complément nécessaire de cet ensemble symptomatique, la modification du caractère et de l'esprit. Songez que ces nerfs sensitifs dont nous parlions tout à l'heure ne cessent pas d'apporter au cerveau la sensation de déchéance, d'amoindrissement, d'impouvoir fonctionnel.

Est-il concevable que devant de tels témoignages, de misère physiologique totale, un cerveau, prédisposé au nervosisme, puisse conserver de l'entrain et du plaisir à vivre.

Songez, en outre, qu'il se renseigne sur lui-même, qu'il constate à toute minute combien sa mémoire a perdu de sa précision, combien malaisément se fixe son attention volontaire, combien vite elle se fatigue; combien son intelligence a tôt fait de s'annihiler au bout de quelques instants de lecture ou de travail personnel; il sait que sa faculté de vouloir, toute dénuée d'impulsion, hésite et trouve autant de raisons pour que contre, alors qu'il s'agirait de se décider promptement; il sait que, frappé d'aboulie, ne pouvant plus vouloir, il effleure la folie du doute (1), que sa personnalité, pour n'être pas profondément dissociée, subit une évidente diminution d'ensemble. Comment voulez-vous qu'avec cela il soit autre chose que triste et découragé?

Mais pour que se conçoive clairement la possibilité de l'état mental neurasthénique, point n'est besoin de supposer que le malade ait conscience de sa déchéance intellectuelle. Les lypémaniaques, qui sont fort tristes. ne se doutent même plus de l'impouvoir de leur esprit. Il y plus. Au cours de mes recherches sur les épileptiques et sur certaines particularités de leur état mental, j'ai eu l'occasion de recueillir et de rapporter l'observation d'un malade qui, à la période d'exaltation nerveuse qui précédait ses crises, ne manquait pas de se montrer hautain, querelleur, orgueilleux, entreprenant avec les femmes, plein d'insolence et de dédain pour la religion; tandis que, dans l'épuisement nerveux consécutif aux accès comitiaux, on le voyait en proie à la tristesse la plus noire, craintif, humble, plein de scrupules, en proie au remords de fautes imaginaires. Or, ce malade

(1) Chacun connaît de ces nerveux qui, sortant de chez eux et ayant achevé de descendre leur cinq étages, doutent s'ils ont fermé leur porte à clé, remontent tout en haut, s'assurent par deux ou trois fois que le verrou est mis, redescendent, et ne savent plus dès qu'ils sont en bas s'il faut en croire leur mémoire.

n'avait évidemment que la plus obtuse conscience de son état d'esprit. Sa pensée se contentait de refléter obscurément l'exaltation ou la dépression de tout son organisme.

Tout nous l'affirme : ces états affectifs, manifestement secondaires subissent les oscillations les plus amples, sous l'influence de l'orage ou de la neige qui menacent, d'un rayon de soleil, de l'approche des règles, d'un changement d'altitude, d'une perle de caféine ou d'une piqûre d'eau salée et ne sont rien que le retentissement mal conscient dans le cerveau d'excitation préalable fonctionnelle ou d'épuisement de tout l'organisme.

Le mécanisme de l'Etat mental neurasthénique peut donc se résumer ainsi : primitivement surmené par un excès de travail, par un excès de sensation ou par quelque intoxication, l'écorce grise se trouve placée dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, en demi fontionnement, en hypovitalité. Nos connnaissances actuelles sur la structure des neurônes centraux nous permettent de nous représenter anatomiquement cette attitude demi-rétractrée demi-réveillée, des prolongements de la cellule nerveuse. Il en résulte comme conséquence nécessaire que la tonicité de chaque organe, l'activité de ses sécrétions et, finalement, la nutrition générale, se fixent eux aussi, au cran de la vitalité mineure; les nerfs de sensibilité donnant connaissance au cerveau de cette misère fonctionnelle, de cette pauvreté de vie.

Une objection vient ici l'esprit de tout le monde, que je n'entends pas éluder. A ce compte, me dira-t-on, tout être vivant en état de misère physiologique devrait être un neurasthénique et vous savez qu'il n'en est rien.

Or, voici ce que je réponds :

1° Pour devenir neurasthénique au sens véritable du mot, il faut quelque chose de plus qu'un simple surmenage, il faut un certain degré d'hérédité nerveuse, une tare légère de dégénescence; ceux qui, sans hérédité, sont victimes d'une très importante fatigue ne méritent pas d'autre nom que celui de déprimé du système nerveux : encore les symptômes qu'ils offrent à notre observation ne diffèrent-ils que par leur intensité des stigmates mentaux du syndrôme de Beard.

2° Tout être humain extrêmement épuisé par une maladie dont il est convalescent, a téndance à la mélancolie neurasthénique toutes les fois que la convalescence traîne, et que chaque jour n'apporte pas un surcroît de force et d'appétit; ici, il est trop rationnel d'espérer avec certitude un retour à la santé pleine, pour que le désespoir puisse s'installer à demeure, tandis que, dans les déchéances vitales chroniques, la mélancolie est de règle, comme on le voit chez les phtisiques et chez les cancéreux. Rien ne ressemble à l'état mental d'un neurasthénique comme l'état mental d'un tuberculeux; la preuve, c'est que souvent, les plus exercés d'entre nous prennent un bacillaire pour un simple nerveux, jusqu'au jour où quelque gros signe d'auscultation ou l'examen bactériologique des crachats leur apprennent la vérité.

Telle est donc, j'en suis convaincu, la genèse de la tristesse habituelle aux névropathes. Des autres stigmates mentaux de la neurasthénie s'expliquent du même coup. Si le cerveau devient peureux, timide, enclin à ne songer qu'aux maladies graves et à se représenter le mépris perpétuel ou la haine d'autrui, c'est qu'il a conscience de peu de résistance effective que la personne dont il fait partie peut opposer aux microbes envahisseurs, et aux adversaires dans la lutte pour l'existence. C'est une règle de psychologie qne tout organisme qui vit peu ne pense qu'à la mort, tandis qu'un organisme débordant de vie ne peut pas concevoir le non-être; et de même la honte, l'humilité, les scrupules, la crainte de se montrer, l'envie de se terrer et de se dérober à tous sont, chez le neurasthénique, comme chez l'épileptique accablé par ses convulsions, le reflet dans l'esprit d'un état corporel.

Quant aux phénomènes d'excitation en feux de paille qui surviennent chez nos malades épisodiquement, nous avons déjà dit comment il nous paraît qu'on doit les comprendre.

Autre objection.

Si l'état mental neurasthénique n'est que la conséquence nécessaire de la fatigue organisé, il suffira d'un traitement tonique pour réduire à néant les stigmates psychiques : or, nous voyons à chaque instant nos malades demeurer pessimistes et désolés alors même que leur tension artérielle s'est relevée, que leur estomac fonctionne mieux, que leurs muscles ont repris de leur tonicité.

Distinguons. J'affirme, et je ne crains d'être contredit par aucun médecin de neurasthéniques, que la médication tonique, sous l'une ou l'autre de ses formes, est de beaucoup la plus efficace de toutes celles qu'on a mises en œuvre jusqu'à ce jour ; dans un très grand nombre de cas, elle suffit parfaitement à relever la dépression psychique après avoir guéri la misère physiologique. J'ai, de ce fait, des exemples tellement nombreux que je le considère comme habituel et banal.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

(*Séance du 25 juillet 1900*)

Présidence de M. HUCHARD

M. Paul Dalché présente une note intitulée ; *Les troubles gastriques de la ménopause.*

Aucune femme n'ignore qu'à l'époque de la cessation des règles elle est exposée à souffrir de l'estomac ou à présenter simplement quelques modifications de l'appétit; elle range d'avance les troubles gastriques parmi les nombreuses misères qui vont l'assaillir à l'âge critique.

En effet il y a une coïncidence trop évidente entre l'établissement de la ménopause et certaines manifestations des voies digestives pour qu'elle ait passé inaperçue. Depuis bien longtemps ce sujet a préoccupé les médecins qui cependant en ont laissé une description un peu vague, la plupart se contentent, sans plus de détails, de signaler qu'à la ménopause les femmes accusent des phénomènes dyspeptiques, des crises de gastralgie. Ils n'entrent pas dans l'étude des variétés symptômatiques si différentes que nous observons chez les malades, et ils n'insistent pas sur la véritable cause des accidents. Cependant au point de vue du traitement il y a des distinctions très importantes à bien examiner, et il faut aussi dans la pathologie stomacale faire la part de ce qui revient à des organes voisins, comme le foie ou les reins, qui subissent à leur tour le contre-coup des perturbations menstruelles.

Pour arriver à élucider cette question au moins dans une faible mesure, il faut considérer tout d'abord que la période de la ménopause n'est pas seulement constituée par la date qui marque la disparition des règles mais qu'elle s'étend, suivant les cas, de quelques semaines à plusieurs années avant et après cette suppression. C'est là un point spécial universellement admis, et sur lequel il n'y a pas lieu d'appuyer ici.

D'autre part, il faut envisager les malades selon qu'avant la monopause leur estomac était absolument sain ou que déjà il était plus ou moins atteint.

Pour instituer une thérapeutique judicieuse il est bon de connaître les causes de ces troubles gastriques.

A la ménopause on rencontre deux grands facteurs étiologiques, 1° L'insuffisance ovarienne, c'est-à-dire l'hypo-fonction, l'hypo-secrétion interne de l'ovaire ;2° les poussées fluxionnaires qui sévissent sur les divers organes.

L'*Insuffisance ovarienne* et son influence sur l'activité nutritive joue peut-être un rôle, mais ce rôle est encore trop obscur et l'auteur est réduit à le citer ici comme lui ayant suggéré l'idée d'avoir recours dans quelques cas à l'opothérapie ovarienne.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les *poussées fluxionnaires*, c'est-à-dire les manifestations congestives, qui se portent sur les divers appareils à cette phase de la vie génitale de la femme. — Il ne faut pas oublier qu'en tout temps, de la puberté à la ménopause sous l'effet d'un molimen cataménial régulier, d'une menstruation normale on observe assez souvent des symptômes gastriques, et que la venue des règles provoque facilement quelques troubles de l'estomac, et lorsque l'estomac est malade, des souffrances exaspérées comme on en voit survenir au cours de l'ulcère par exemple, ou des dyspepsies hypéracides, etc.

Quelles que soient les variations que l'on a notées dans la teneur du suc gastrique, l'influence de la poussée menstruelle sur l'estomac est indiscutable.

A la ménopause il survient des poussées fluxionnaires d'une vigueur toute particulière, au point qu'elles sont rangées parmi les accidents de la ménopause et elles se portent sur les divers organes ou les téguments; elles se portent notamment sur les muqueuses gastriques tantôt à une époque de règles qui commencent à être modifiées dans leur apparition et la quantité de leur flux ou à la façon de règles supplémentaires à un moment qui correspond à la date de règles absentes, qui ne coulent plus et parfois se manifestent seulement par une leucorrhée révélatrice.

D'autre part, il est des accidents qui se produisent sur des organes voisins et retentissent sur l'estomac, et que nous devons rapporter à leur véritable cause. C'est ainsi que la ménopause amène des congestions hépatiques, des poussées d'ictère, favorise la lithiase biliaire, etc., affections qui sont toutes capables de provoquer quelques désordres du côté des voies digestives. De même le rein est sujet à des hyperémies avec albuminurie, légères crises de douleur et signes de la petite urémie parmi lesquels on est exposé à constater des phénomènes gastriques.

Cette notion est des plus importantes, on le conçoit, au point de vue du traitement.

La complexité étiologique et symptomatologique des accidents qui viennent d'être décrits montre que leur traitement est susceptible de varier beaucoup suivant les circonstances. D'une façon générale du reste, chaque variété de dyspepsie réclame son traitement habituel, de même que la gastrite alcoolique, l'ulcère, le cancer, etc. Mais l'influence de la ménopause sur les manifestations de ces diverses maladies fournit quelques indications thérapeutiques particulières.

Il ne suffit pas d'abord de traiter les accidents, et notamment les poussées congestives, aussitôt qu'ils ont éclaté, il faut encore les prévenir s'il est possible, par une hygiène et un régime convenables. La ménopause est, chez certaines femmes, une période assez délicate à franchir pour mériter un régime suivi pendant quelque temps. Les précautions à prendre très connues sont celles en somme que l'on recommande aux dyspeptiques avérés et que l'on conseille d'avance à l'âge critique pour éviter les ennuis qui menacent. Les repas doivent être pris à des heures régulières, et le repas du soir sera toujours le plus léger. Tous les excitants sont défendus, surtout les boissons alcooliques et les aliments sujets à produire avec facilité des fermentations, tous ceux qui, en général réclament l'intégrité des émonctoires deviennent plus particulièrement nuisibles.

Il faut veiller à la régularité des fonctions intestinales ; il est bon que les femmes prennent de temps en temps un purgatif léger. Si par bonheur il existe un flux hémorroïdal, bien loin de le

combattre, on le favorisera, car il fournit une dérivation naturelle qui atténue les fluxions supplémentaires ou déviées.

Mais il arrive que, malgré toutes les précautions on voit éclater des troubles gastriques. Lorsque la crise est sous la dépendance d'une de ces poussées congestives de la ménopause qui s'accompagnent d'accès douloureux, on se trouve très bien de la médication révulsive ou dérivative.

Les bains de pieds sinapisés, les bains de siège chauds, l'application de ventouses sèches au niveau de la partie postérieure du thorax et des reins amènent une certaine détente. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut avoir recours aux émissions sanguines. Des sangsues, en assez grand nombre, seront posées à la face interne des genoux, aux cuisses, sur le bas-ventre ou à l'épigastre. Dans un cas, où les souffrances étaient vives, l'auteur a obtenu pour les atténuer un bon résultat de l'application d'un vésicatoire.

Une fois la crise passée on institue le traitement de la dyspepsie que l'on juge convenable, mais quelques jours avant la date probable du retour de la poussée fluxionnaire qui correspond aux règles absentes, c'est-à-dire de 26 à 28 jours après l'accès environ, il est bon de revenir aux bains de pieds sinapisés, aux bains de siège chauds et aux ventouses.

Dans l'intervalle des crises, tous les auteurs sont d'accord pour recommander l'hydrothérapie, qui dissipe les troubles nerveux et circulatoires, et stimule d'autre part les fonctions nerveuses et la circulation de la peau.

Un dernier point mérite d'arrêter l'attention. Que faut-il penser de l'opothérapie ovarienne contre les troubles gastriques de la ménopause ?

L'auteur l'a prescrite au moment des crises et entre les crises. Une malade, c'est la seule, femme de 47 ans, ayant pris de la poudre d'ovaires au milieu d'un accès douloureux, a vu ses souffrances disparaître rapidement. C'était une nerveuse et l'auteur est persuadé qu'elle a été suggestionnée. Par contre, une autre malade a vomi la poudre d'ovaires absorbée pendant la période douloureuse.

Donnent naissance aux troubles gastriques d'autres causes, qui pour n'être pas spéciales à la ménopause, acquièrent à cette époque une importance et une intensité toute particulières.

C'est ainsi que les maladies de la matrice et des annexes, au cours de toute la vie génitale de la femme sont capables de retentir sur l'estomac. A la ménopause, nombre de ces maladies subissent souvent une exagération de leurs symptômes lorsqu'elles existaient antérieurement ou se montrent pour la première fois. Congestion utérine, métrite, leucorrhée ancienne et aggravée par la ménopause ou récente et produite par les accidents de l'âge critique contribuent pour leur part à produire ou à entretenir des troubles gastriques, il faut citer encore les grandes pertes hémorragiques, assez fréquentes à ce moment, qui délabrent la santé, amènent l'anémie et parfois un de ces états que l'on nomme chlorose de la ménopause où l'on observe des phénomènes dyspeptiques comme dans le véritable chlorose.

Les femmes atteintes depuis longtemps de viscéroptoses, avec leur cortège de manifestations le long des voies digestives, sont particulièrement fatiguées par la ménopause. En outre, l'obésité qui commence volontiers à cet âge s'accompagne chez quelques-unes du *Prolapsus graisseux de l'abdomen*, c'est dans ces circonstances que certains troubles digestifs, l'augmentation de volume du ventre, et la suppression simultanée des règles suffisent à créer une de ces *fausses grossesses de la ménopause* qui ont à leur début rendu perplexe plus d'un médecin.

De sérieuses gastropathies sont dues à l'usage immodéré du thé, du café, du tabac, des boissons fortes, de l'alcool.

Enfin un grand nombre de troubles gastriques relèvent de la *neurasthénie* à laquelle tant de femmes paient un tribut plus ou moins lourd à l'époque de la cessation des règles. Les regrets, les ennuis, les craintes, les chagrins, et dans la classe qui travaille les fatigues au moment où la santé demanderait des ménagements, tout contribue à favoriser les états neurasthéniques et souvent parce que la malade y est prédisposée, à réveiller les manifestations hystériques.

S'il restait quelques doutes au sujet de l'influence de la ménopause sur les troubles gastriques, on rencontrerait facilement des preuves dans les accidents de la *ménopause chirurgicale*. Chez les femmes, jeunes encore, ayant subi l'ablation des deux ovaires, parmi le cortège de symptômes assez variés qui suivent l'opération plus ou moins tard, on relève fréquemment des phénomènes

tels que, inappétence, accès de gastralgie, hématémèses, crises de diarrhée, crises hémorroïdaires qui n'existaient pas avant la suppression des règles.

En dehors de tout autre signe de souffrances stomacales, il est des femmes qui accusent simplement une perte de l'appétit ou des goûts bizarres pour les aliments les plus singuliers. Ordinairement ce sont des nerveuses, leur état n'a pas de gravité, il cesse de lui-même au bout de quelque temps, il ne demande guère de soins.

Chez les femmes qui n'ont jamais souffert de l'estomac, les poussées fluxionnaires de la ménopause provoquent le plus souvent, à l'avis de l'auteur, des crises d'*hyperchlorhydrie* et quelquefois de l'*hyperchlorhydrie continue*, ainsi que le prouvent plusieurs observations dont l'auteur donne le résumé. Mais il faut se garder de tomber dans l'exagération et d'attribuer à l'hyperchlorhydrie des faits qui ne ressortissent pas à cette variété de gastropathies.

A la ménopause, on est appelé aussi à constater des cas d'*hypochlorhydrie*, de *dyspepsie avec acidité de fermentation*, surtout chez les malades qui, antérieurement, souffraient déjà de l'estomac. Les *viscéroptoses* entrent pour une grande part dans ces manifestations dyspeptiques si variées, qu'elles aggravent, par une constipation quelquefois fort rebelle, et surtout par l'*entérite glaireuse* si fréquente chez les utérines.

Les symptômes de la *gastrite alcoolique* peuvent s'exaspérer d'une façon périodique, à des époques correspondant aux règles absentes : de même en ce qui concerne la *gastrite ulcéreuse*. Quant au *cancer*, de nombreuses et rigoureuses statistiques ont établi depuis longtemps, que la ménopause n'entre pour rien dans son apparition pas plus au niveau de l'utérus que du sein ou de l'estomac.

Mais, il est un accident de la ménopause que sa singularité fait encore discuter; l'auteur veut parler des *hématémèses* par *règles supplémentaires déviées*. Lorsqu'il existe une ulcération de la muqueuse gastrique, il n'est pas extraordinaire que sous l'influence d'une poussée fluxionnaire, il survienne un écoulement de sang; aussi quelques auteurs consignent que ces hémorragies supplémentaires ou déviées ne se produisent qu'au niveau d'une muqueuse tout au moins érodée et jamais absolument saine. On peut discuter longtemps puisque dans les cas où les hématémèses ne viennent pas au niveau d'une ulcération grave de l'estomac, il n'y a jamais eu d'autopsie. Cependant on connait des flux de sang qui se sont produits dans des régions dont il était facile de vérifier l'intégrité.

En tous cas une hématémèse n'entraîne pas toujours un pronostic inquiétant.

Mais, ordonnée en dehors des crises de paroxysmes, la poudre d'ovaires a toujours été bien tolérée, c'est un moyen thérapeutique qui donne parfois de bons résultats contre divers accidents de l'âge critique et auquel on doit songer pour tenter son efficacité dans les troubles gastriques de la ménopause.

M. J. Baylac présente une note traitant *de l'utilité des lavements de sérum artificiel dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

L'emploi du sérum artificiel a été préconisé avec succès, dans ces dernières années, dans la plupart des infections graves ou des intoxications profondes de l'organisme. On en a fait une méthode de traitement « tout à fait à la mode » et l'eau salée a pu être considérée, par quelques confrères, suivant l'expression de M. Bolognési, « comme une véritable panacée ».

Les auteurs s'accordent, néanmoins, à présenter le sérum artificiel comme un agent thérapeutique d'une grande valeur et les médecins instruits des grands résultats qu'il donne et des succès remarquables qui accompagnent son emploi, en font usage non comme jadis, dans les cas désespérés et comme une ressource ultime, mais bien dès les premières manifestations des infections.

L'auteur l'a employé, d'une manière systématique, dans le traitement de la fièvre typhoïde, sous forme d'entéroclyse et en a obtenu, dans tous les cas, d'excellents effets. Jusqu'à ce jour, on avait surtout préconisé l'usage du sérum artificiel contre les hémorragies intestinales, fréquentes dans cette maladie. Weiss, Sahli de Berne, Kirstein, Widal, Chantemesse, et l'auteur lui-même, l'ont, dans ce cas, employé avec succès.

En dehors de cette indication particulière, sur laquelle tous les auteurs sont d'accord, bien peu l'ont employé systématiquement pour combattre l'infection éberthienne.

Il faut signaler cependant, les observations de MM. Carrieu, Bosc et Wedel, Lejars et Vidal. Ces

auteurs ont eu recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel, mais presque toujours ils ne les ont pratiquées qu'en nombre très restreint.

Inspiré par les bons effets qu'il avait obtenus en 1893, dans une épidémie de choléra, avec les lavements d'eau salée, l'auteur a songé à les employer dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il avait remarqué que, dans le choléra, l'effet immédiat de ces lavements était un soulagement très marqué pour le malade : la diarrhée diminuait considérablement, de même que le ténesme anal et les crampes. Sous leur influence la chaleur reparut, le pouls devint plus sensible aux artères radiales, la sécrétion urinaire se rétablit et des malades algides reprirent un peu de vie. Certaines réactions favorables doivent certainement leur être attribuées. Jamais ils n'ont déterminé le plus léger accident.

L'entéroclysme est, d'ailleurs, une méthode très anciennement connue.

Piorry, le premier, employa les grandes irrigations intestinales dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Le Pr Foltz, de Lyon, après avoir étudié sur lui-même, les effets physiologiques des lavements froids, a conseillé de faire prendre de grands lavements de 10° à 15° aux malades atteints de fièvre typhoïde.

Cantani, en 1878, a donné une nouvelle impulsion à cette méthode qu'il décora du nom d'entéroclysme.

Les recherches sur les propriétés du sérum artificiel ont fait remplacer l'eau ordinaire par l'eau salée.

Enfin, dans ces derniers temps, M. le Pr Landouzy a bien mis en lumière les avantages de l'introduction de grandes quantités de liquide dans l'organisme à l'aide des lavements.

Quant à l'auteur, il a, depuis 1894, employé le sérum artificiel dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il a utilisé, en raison de sa simplicité, et de préférence à la voie intra-veineuse ou à la voie sous-cutanée, la voie rectale. La voie intra-veineuse convient plus particulièrement aux cas désespérés, où l'on désire agir rapidement pour combattre les effets d'une hémorragie abondante. Les injections sous-cutanées peuvent être également employées dans ce cas, elles ne sauraient convenir à un traitement de longue durée. L'entéroclysme est une méthode simple, pratique, à la portée de tout médecin, qui n'exige pas d'outillage spécial et qui est facilement acceptée par les malades et leur entourage, qu'effraient souvent les injections.

L'auteur donne à tous ses malades, matin et soir, un lavement de 800 à 1.000 centimètres cubes d'eau salée à la température de 15° en leur recommandant de s'efforcer à les garder le plus longtemps possible. Il a donné ses préférences à une solution saline de 5 grammes de chlorure de sodium à l'aide d'une sonde en caoutchouc correspondant au n° 30 de la filière Charrière, et sous une pression très faible (40 centimètres environ).

Ces lavements n'ont jamais donné lieu à des accidents. Presque toujours, les malades gardent la quantité d'eau injectée dans le rectum.

L'entéroclysme a d'ailleurs été combiné avec les méthodes thérapeutiques ordinaires de la fièvre typhoïde : désinfection intestinale, régime lacté absolu, bains froids suivant les cas.

M. de Fleury donne lecture de la seconde partie de son rapport concernant *le traitement de la neurasthénie* (*paraît dans ce numéro de la Revue*).

M. Albert Robin divise les neurasthéniques en plusieurs groupes dont chacun exige un traitement particulier. On commencera par traiter la dypsepsie ; si le malade est soulagé ou guéri, on admettra que cette dyspepsie est antérieure aux troubles nerveux. Dans le cas contraire, on aura tout lieu de penser que la dypsepsie n'est qu'une conséquence de l'état nerveux.

Dans 25 0/0 des cas environ, le traitement anti-dyspeptique réussit : les 75 0/0 restants se divisent en 15 0/0 avec phosphaturie, 10 0/0 avec albuminurie minime et élimination exagérée d'acide phosphorique, 15 0/0 avec un coëfficient de déminéralisation urinaire exagéré. Les 35 0/0 restants présentent des troubles nutritifs encore mal connus.

Le traitement, pour être efficace, doit se baser sur ces études préliminaires indispensables, faciles à mener à bonne fin si l'on se livre à un examen de l'excrétion urinaire dans le sens indiqué ci-dessus.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies non infectieuses et Intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Thérapeutique et hygiène de l'obésité par le Dr E. Deschamps (de Rennes) (XIIIe *Congrès intern. de méd.*, Paris 2-9 août 1900). — L'obésité est le résultat d'un vice fonctionnel acquis ou héréditaire qui diminue le rendement de la machine humaine ou ne lui permet plus d'user également les différents matériaux que l'alimentation met à sa disposition.

Le traitement de l'obésité ne doit pas avoir pour but seulement de réduire momentanément le poids du patient ; c'est à la modification, à l'adaptation physiologique du sujet que la thérapeutique doit s'adresser pour produire un effet durable, aussi est-il nécessaire d'envisager en même temps un ensemble de moyens capables de ramener l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

Le régime alimentaire, la calorification et l'exercice musculaire sont les éléments les plus importants à considérer et leur règlementation est la base du traitement et de l'hygiène des obèses.

Le régime à imposer aux obèses doit toujours être suffisant pour amener la satiété et assurer l'intégrité de toutes les fonctions gastro-intestinales.

Le régime de choix est un régime à prédominance végétarienne dont ne sont exclus ni les farineux, ni les féculents.

L'eau pure ou légèrement alcaline est la seule boisson que l'on puisse autoriser. Mais elle doit être prise en quantité au moins suffisante pour étancher la soif, et dans certains cas même il est nécessaire d'en imposer au patient une plus grande quantité que celle qu'il réclame.

C'est à la calorification physiologique qu'il faut demander la plus grande part dans la réduction du poids des obèses. On l'obtient par l'entraînement du système cardio-vasculaire au moyen de la balnéothérapie prolongée, la température des bains variant de 33° à 26° et la durée de une heure à deux heures. L'électrisation sous la forme de bains statiques est un adjuvant d'une utilité incontestable, qui facilite l'entraînement en favorisant les combustions organiques.

L'exercice musculaire ne doit pas être imposé aux obèses d'une façon banale ; utile quand il est mesuré, il devient dangereux quand il dépasse l'endurance du sujet et provoque la fatigue ; car l'amaigrissement *passager* que l'on obtient par ce moyen n'est pas compensé par les troubles fonctionnels auxquels il expose, et sous aucun prétexte l'on ne peut oublier que *l'obèse est un malade dont toutes les fonctions doivent s'améliorer par le retour à la santé, c'est-à-dire au poids normal.*

Traitement du diabète insipide par l'hydrate d'amylène (*Therap. Monatshefte* août 1900). — Niessen a reconnu chez deux malades atteints de polyurie et de polydipsie, que ce dernier symptôme surtout s'amendait rapidement sous l'influence de doses de 1 gr. d'hydrate d'amylène (1 à 3 fois par jour). Il n'a observé aucun accident à la suite de cette médication, mais le médicament présente un goût âcre et produit dans la gorge une sensation de brûlure qui peut durer plusieurs heures. L'administration en capsules de gélatine de ce médicament peu soluble dans l'eau provoque des éructations fort désagréables. Le meilleur mode d'ingestion consiste à mélanger l'hydrate d'amylène à du vin rouge sucré ou à de la bière.

E. Vogt.

Les résultats du traitement par l'air chaud dans le rhumatisme et la goutte par Lewis A. Coffin (*New-York Medical Journal*, 10 mars

1900). — L'auteur dans sa pratique privée a tiré de grands bénéfices des bains d'air chaud chez les rhumatisants arthritiques. Après le bain, les effets locaux obtenus sont une rougeur et une sudation abondante des parties exposées. Les fonctions motrices s'exécutent plus facilement, la marche est plus facile, l'activité circulatoire est augmentée.

P. Sainton.

Du salicylate de méthyle contre les rhumatismes articulaires, par le Dr Cosma (*XIIIe Congrès des Sc. méd.*. Paris 1900. — L'auteur a employé le Salicylate de Méthyle à l'intérieur, en doses de 1 à 10 grammes par jour, et a constaté que ce médicament, agit d'une manière sûre et énergique contre les formes aiguës et subaiguës du rhumatisme.

Pour arriver à donner aux malades ces quantités de salicylate de métyle il a d'abord essayé une série de 90 expériences sur les animaux, et a constaté que ce médicament, est moins toxique que le salicylate de soude, puisqu'il a été supporté par les chiens en injections hypodermiques, de 1 gr. et 3 centigr. par kilo d'animal, sans aucun inconvénient, tandis que cette même dose de *salicylate de soude* a été *mortelle* pour les chiens.

Une fois ces faits acquis, l'auteur a commencé à donner le salicylate de méthyle aux malades, par la voie digestive, et en injections hypodermiques.

Ces injections ont permis de constater un fait très important : à savoir que si les animaux supportent impunément de grandes quantités de salicylate de méthyle en injections, l'homme n'en peut supporter, même de petites; et que, si une injection, avec 1 gr. et plus par kilo, est bien tolérée par les animaux, pour l'homme il suffit d'une injection de *10* centigr. par kilo, pour provoquer des *convulsions épileptiformes*.

Les injections hypodermiques sont aussi *très douloureuses*. C'est pourquoi il a fallu y renoncer.

A l'intérieur, l'auteur a commencé par donner 1 à 2 gr. de salicylate de méthyle par jour, et augmenté les doses jusqu'à 8 et même 10 gr.

Voici la formule le plus souvent employée.

Salicylate de méthyle.	8 gr.
Potion gommeuse	150 gr.
Rhum et Sirop àà.	25 gr.

à prendre dans les vingt-quatre heures.

L'effet du salicylate de méthyle administré de la sorte, a semblé égal à celui du salicylate de soude.

Dans tous les cas le salicylate de méthyle peut être considéré comme un bon succédané du salicylate de soude.

39 malades traités par le salicylate de méthyle à l'intérieur, ont tous guéri. Dans quelques cas seulement, le salicylate de méthyle à dose de 1 gr. par jour, n'a pas été assez efficace, à cause sa petite quantité.

Le salicylate de méthyle a été aussi donné a des malades atteints de névralgies, d'ovaro-salpingites, de rhumatismes chroniques, etc., il agit alors tout aussi bien que le salicylate de soude.

Dans les rhumatismes articulaires aigu et subaigu, fébrile ou apyrétique, le salicylate de méthyle a toujours donné de très bons résultats.

Par ce traitement, les douleurs commencent à se calmer dans les premières 24 heures, et la tension articulaire diminue; le lendemain on constate toujours une amélioration manifeste.

La guérison survient, dans la majorité des cas entre 7 et 10 jours.

Dans le rhumatisme articulaire fébrile, le salicylate de méthyle fait baisser la température.

Dans les cas apyrétiques, la température, le pouls et la respiration, ne sont que très peu influencés par ce médicament.

Il y a des malades qui supportent très bien le salicylate de méthyle; il y en a aussi qui ne le supportent pas; et il y en a d'autres qui, après l'avoir pris quelque temps, ne peuvent plus le tolérer.

Les symptômes d'intolérance présentés par les malades, ont été : bourdonnements des oreilles, obtusion de l'ouïe, mal de tête, vertige, agitation, sécheresse de la gorge, nausées vomissements, transpiration, sensation de brûlure à l'estomac, etc. :

Tous ces symptômes, n'ont pas été observés chez le même sujet.

Les malades qui supportent mal le salicylate de méthyle ne doivent pas le prendre continuellement.

L'absorption du salicylate de méthyle se fait assez vite, puisque dans la plupart des cas, on trouve l'acide salicylique, dans les urines des malades, après les 15 à 25 minutes qui suivent l'ingestion.

L'élimination se fait plutôt par les urines, où se peut déceler, par le perchlorure de fer, la présence de l'acide salicylique.

Le salicylate de méthyle *agit par l'acide salicylique qu'il contient*, tout comme le salicylate de soude; par conséquent, on peut remplacer, au besoin, ces médicaments, l'un par l'autre.

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des hôpitaux

De l'aseptie opératoire (*Société de Chirurgie*, 11 juillet 1900). — M. DELBET a vérifié la possibilité de désinfecter complètement les mains par les moyens ordinaires. Il a acquis la certitude que les poussières de l'air viennent seules contaminer le chirurgien pendant l'acte opératoire. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est du même avis, en insistant sur l'imprégnation des mains par l'eau savonneuse. Il emploie la solution d'acide phénique au 20e après les opérations septiques seulement. Nous n'aurions qu'à le plaindre s'il faisait de cette désinfection une règle. Nous sommes tout à fait de son avis lorsqu'il déclare que, d'une façon générale, les résultats de l'aseptie sont inférieurs à ceux de l'antiseptie.

A. BENOIT.

De la maladie kystique des mamelles (*Société de chir.*, 4 juillet 1900. — Faut-il opérer dans l'affection dénommée « maladie kystique » du sein? M. RECLUS est interventionniste.

M. DELBET, M. SEGOND estiment que cette tumeur, étant d'origine inflammatoire, ne doit pas être extirpée, à moins qu'elle ne donne naissance aux deux symptômes : *douleur et déformation* Quelques orateurs, cependant, se sont prononcés pour l'intervention opératoire, en se fondant sur la transformation constatée plusieurs fois en tumeur cancéreuse après plusieurs années et aussi sur le fait qu'elle récidive parfois après l'ablation. M. SEGOND pourtant, après une récidive semblable s'est contenté de ponctionner les petits kystes ou la seringue de Pravaz et la guérison se maintient depuis longtemps.

A. BENOIT.

Traitement des formes graves du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse, par le Dr Lucas CHAMPIONNIERE (XIIIe *Congr. int. des sc. médicales*, Paris 1900).— Après avoir pratiqué souvent l'ablation de l'astragale, complétée par l'ablation de quelque os voisin avec section du tendon d'Achille, l'auteur est arrivé à une formule infiniment plus radicale et qui paraît comporter la meilleure conservation des tendons et des muscles, tout en ne laissant subsister de la difformité aucun élément de récidive.

L'ablation de la totalité des os du tarse est absolue sauf pour le calcanéum. Pour ce dernier os on laisse, suivant les cas, une portion plus ou moins importante, tandis que pour tous les autres os on enlève l'os en totalité.

L'opération est faite par une seule incision dorsale et externe de l'articulation tibio-tarsienne au cinquième métatarsien, immédiatement en dehors des tendons extenseurs des orteils.

L'ablation toujours laborieuse de l'astragale est suivie de l'ablation facile de tous les autres os du tarse.

Le calcanéum est sectionné verticalement vers son tiers antérieur. Il n'est pas rare que l'auteur ajoute à ces ablations la résection de la partie postérieure du cinquième métatarsien.

Ces manœuvres accomplies, le pied réduit à ses parties molles centrales peut prendre une position satisfaisante, sans complément de section tendineuse.

On le malaxe dans les mains, on panse et on draine la plaie et on enveloppe le pied dans de la ouate de tourbe et une bande simple.

Au premier pansement fait le quatrième jour on enlève le drain et mobilise doucement le pied. A partir de ce jour il sera mobilisé quotidiennement.

Les résultats sont un redressement remarquable des difformités, le pied appuyant franchement à plat.

Le pied est parfaitement solide malgré la destruction osseuse. étendue tandis que la radiographie comme une autopsie ont appris à l'auteur qu'il n'y a pas de reproduction d'os au sens propre du mot.

La mobilité est excellente et la voute du pied parait élevée.

Le pied est seulement raccourci de un centimètre ou un centimètre et demi.

Trente-et-une de ces opérations ont été jusqu'ici pratiquées, toujours avec succès, par l'auteur, qui a noté l'extrême facilité de la réparation et la solidité.

Les conditions suivantes sont indispensables à l'accomplissement de la bonne réparation :

Antisepsie parfaite.

Pas d'immobilisation en appareil et mobilisation rapide.

Pas de sections musculaires tendineuses, pour conserver la puissance musculaire.

La quantité de l'ablation des os est indifférente à la solidité du pied.

Les opérés ne portent dans la suite aucun appareil mais simplement une bottine avec des contreforts un peu durs.

Jamais l'action de l'opération n'est achevée par quelqu'appareil complémentaire, si bien que l'on peut dire que cette intervention, si grave en apparence, est infiniment plus simple que celle que l'on applique habituellement pour les pieds bots non compliqués.

La cure marine des tuberculoses articulaires et osseuses. — Résultats immédiats. — Résultats éloignés par le Dr Charles LEROUX de Paris (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — *Résumé.* — Dans sa communication, le Dr Charles Leroux, de Paris, donne les résultats

obtenus par la cure marine dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. Il cite d'abord les résultats immédiats et ensuite, ce qui présente plus d'intérêt, les résultats éloignés constatés six, huit et dix ans après la sortie des enfants des Sanatoriums de Banyuls-sur-Mer et de Saint-Trojan.

Les résultats immédiats ont été les suivants : sur 432 enfants atteints de tuberculose articulaire ou osseuse, sortis en l'espace de dix ans de ces deux établissements, on a constaté :

61 0/0 de guérisons.
19 0/0 d'améliorations,
13,5 0/0 d'états stationnaires.
6,5 0/0 de décès pendant le séjour.

1° Pour le *mal de Pott*, sur 53 malades sortis, on a obtenu :

21 guérisons, soit 39 0/0.
10 améliorations, soit 18 0/0.
14 états stationnaires, soit 26 0/0.
8 décès, soit 17 0/0.

dans la plupart des cas, il s'agit de la forme grave, suppurée.

2° Pour la *coxalgie*, sur 50 cas, on a obtenu :

25 guérisons, soit 50 0/0.
11 améliorations, soit 22 0/0.
8 états stationnaires, soit 16 0/0,
6 décès, soit 12 0/0.

Dans ce second groupe, les cas sont ordinairement anciens et graves.

3° *Pour les tumeurs blanches des grosses jointures* (genou, coude, cou-de-pied), sur 96 malades on a constaté :

64 guérisons, soit 67 0/0,
22 améliorations, soit 22 0/0.
9 états stationnaires, soit 9 0/0.
2 décès, soit 2 0/0.

4° Dans le dernier groupe, sont réunies les ostéites, ostéo-arthrites des petites jointures, ostéo-périostites, etc., ordinairement sous forme de manifestations multiples. Les résultats ont été les suivants, sur 233 malades ;

153 guérisons, soit 65 0/0.
40 améliorations, soit 17 0/0.
29 états stationnaires, soit 13 0/0.
11 décès, soit 5 0/0.

Ces résultats ont été obtenus presque uniquement par le séjour au bord de la mer ; l'intervention chirurgicale a été réduite au minimum, les grandes opérations ont été l'exception et le traitement conservateur la règle.

Résultats éloignés. — Désirant savoir ce que devenaient tous ces enfants, sortis avec l'étiquette : *guéris*, M. Charles Leroux a fait une enquête, dont les résultats ont été les suivants : sur 95 malades retrouvés en l'espace de dix ans, 70 sont restés guéris, soit 73,6 0/0 ; 14 ont rechuté, soit 14,8 0/0 ; 11 sont morts, soit 11 6 0/0.

Parmi les 70 guéris (de coxalgie, mal de Pott, tumeur blanche, etc.), 6 le sont depuis dix ans, 10 depuis neuf ans, 16 depuis huit ans, 6 depuis sept ans, 5 depuis cinq ans, au total 43 enfants sont restés guéris, après cinq et dix ans, et 27 après un et cinq ans.

Ces guérisons sont souvent parfaites ; beaucoup de ces anciens malades travaillent, gagnent leur vie. Quelques fillettes, aujourd hui femmes, sont mariées, et l'une d'elles à plusieurs enfants sains.

Quelques-uns (dans une proportion difficile à établir) sont restés infirmes ou trop faibles de santé pour travailler.

Parmi les 14 rechutés, 8 ont guéri ultérieurement.

Parmi les 11 décès, 4 ont été constatés dans la première année de leur sortie, 1 dans la deuxième, 1 dans la troisième, 2 dans la cinquième, 3 à une date indéterminée. Les causes en ont été : la cachexie tuberculeuse ou septicémique (6 fois), la méningite tuberculeuse (2 fois), la phtisie pulmonaire (2 fois) ; un amputé est mort, quelques mois après sa sortie, d'hémorragie, sans indication plus précise.

Conclusions. — Le traitement des tuberculoses chirurgicales, dans les sanatoriums marins, donne d'excellents résultats, mais à deux conditions :

1° Y envoyer les enfants dès le début de leur affection, sans attendre la période de suppuration ou de cachexie.

2° Prévoir toujours un séjour prolongé, ordinairement plusieurs années.

Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour ankylose de la hanche en position vicieuse chez un homme de 28 ans. — Guérison, par Louis Menciere (de Rheims) *XIII° Congrès inter. des Sc. méd.* (Paris 1900). — En dehors du résultat obtenu, qui est excellent (les photographies soumises au Congrès permettent d'en juger), il est intéressant de voir les suites de cette opération chez un sujet de 28 ans ; la plupart des observations publiées soit à Paris, soit en province, ayant trait à des enfants ou à des adolescents de quinze à vingt ans.

Le malade présentait un raccourcissement de quarante-trois centimètres avec ankylose solide à angle droit. Le membre gauche reposait sur l'extrémité du pied ; la cuisse était fléchie à angle droit sur l'abdomen et le bassin, projeté en arrière, déterminaient une ensellure énorme. Le malade paraissait cassé en deux, suivant son expression.

La photographie, après opération, nous le montre droit. La jambe est dans la rectitude et

l'ensellure disparut. Le raccourcissement est tombé de quarante-trois centimètres à cinq centimètres et demi, une bottine surélevée suffira.

L'auteur conseille dans les ostéotomies délicates, nécessitant de grands efforts, l'emploi d'un maillet carré en bois pareil au maillet de sculpteur. Avec cet instrument on frappe et bien sans craindre les échappées ; il est préférable au maillet de plomb et au maillet de Mac Ewen.

Dans l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, qui est certainement plus délicate à pratiquer que l'ostéotomie simple transversale, on obtient une surface d'avivement osseux très étendue, très favorable à un cal solide. Le canal médullaire est largement ouvert, mais l'inconvénient est nul si l'intervention est conduite suivant les règles de l'antisepsie.

L'auteur insiste sur la nécessité de commencer les massages et l'électrothérapie aussitôt après avoir enlevé l'appareil à traction de Hennequin. C'est la seule façon de faire rapidement bénéficier le sujet de tout ce qu'il est en droit d'attendre de l'opération.

Contribution à l'étude du redressement forcé successif dans la scoliose. — par Louis Mencière, de Reims (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — L'auteur apporte des observations de malades accompagnées de photographies et de radiographies prises avant et après le traitement. Des documents fournis, il résulte qu'il a obtenu, même dans certains cas de scolioses avancées, une diminution très importante des courbures rachidiennes et des gibbosités ; une correction et même une hypercorrection de l'attitude du sujet ; corrections qui, dans leur ensemble, marquent un progrès considérable dans la thérapeutique des scolioses.

Le traitement est sans danger et donne de très bons résultats, mais il faut obéir à certaines règles :

1° On doit s'abstenir, dans le cas de scolioses trop anciennes, trop accentuées, trop ankylosées, pour lesquelles le résultat obtenu ne justifierait pas la longueur du traitement. C'est là la première condition à remplir si l'on ne veut pas discréditer la méthode.

2° Les scolioses présentant un certain degré d'ankylose, malgré de sérieuses déformations, sont cependant justiciables du traitement. Les documents apportés devant le Congrès en font foi.

3° Pour être sans danger, les redressements doivent être successifs et périodiques (tous les 3 ou 4 mois). On doit les obtenir avec une machine munie de dynamomètres et permettant d'obtenir progressivement, sans à-coups, l'allongement et la détorsion du rachis. Après chaque redressement l'auteur maintient le résultat acquis par ses appareils et sa minerve spéciale, décrits antérieurement (*Médecine moderne*, 20 mai 1899). Les atrophies musculaires sont combattues par des électrisations pratiquées grâce à des orifices ménagés dans l'appareil.

L'auteur montre des tableaux contenant les photographies et les radiographies des sujets avant et après redressement. On se rend compte que chaque courbure, considérée isolément, se trouve fort diminuée après le traitement. Les gibbosités diminuent également dans des proportions considérables ; mais on obtient surtout une correction et une hypercorrection de l'attitude générale du sujet dont l'infirmité approche dès lors d'une correction totale.

4° Un tuteur léger, les massages, les mouvements, devront être longtemps employés pour maintenir le résultat obtenu.

5° La raison d'être du redressement forcé est précisément de s'adresser non à une tige rigide, composée d'une seule pièce, mais à une tige formée d'une série d'anneaux séparés par des disques qui, bien que déformés, sont encore susceptibles d'une certaine élasticité.

Les radiographies montrent que les vertèbres demeurent longtemps à peu près normales ; les disques, eux, s'atrophient d'un côté, deviennent obliques, et donnent à la colonne sa direction définitivement déviée.

Or, en corrigeant les courbures, on dégage, on allonge les disques du côté atrophié ; l'autre côté subissant une pression, tendra plutôt à s'atrophier.

Les corrections, dans leur ensemble, se font aux dépens des disques déformés qui diminuent d'un coté, et augmentent de l'autre. Elles se font également aux dépens des disques situés au-dessus et au-dessous d'une lésion déjà en partie ankylosée. Il se produit alors aux dépens de ces disques des corrections de compensation qui amènent les colonnes dorsale et lombaire à se trouver sensiblement sur la même ligne.

6° L'auteur donne une méthode très simple pour mesurer par des chiffres, directement sur la radiographie, le degré de redressement obtenu.

La splénectomie, dans la splénomégalie malarique, par M. Dimitry Michailowsky (de Sofia). (XIIIe *Congrès intern. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Du 10 août 1897 à ce jour, l'auteur a pratiqué seize fois la splénectomie, quinze fois pour des splénomégalies malariques, une fois pour un kyste hématique (post-traumatique). En se basant sur ces cas et sur ceux de M. Jonnesco qui dépassent, croit-il, la

trentaine, il veut établir la bénignité relative de la splénectomie, ses résultats excellents, la disparition des symptômes de cachexie après l'opération.

Devant l'impuissance bien reconnue de tous les moyens thérapeutiques employés pour combattre la splénomégalie malarique, il était tout naturel de songer à une intervention chirurgicale, étant donné surtout la sécurité que procurent l'antisepsie et surtout l'asepsie.

L'auteur ne pense pas que tout ce qui a été dit sur ce sujet il y a plus de quinze ans, puisse avoir une valeur bien considérable au point de vue pratique ; ces faits n'ont qu'un intérêt historique : on lui permettra donc de les passer sous silence.

A ceux qui conseillent de s'abstenir, il dira que c'est à eux de donner une série de moyens hygiéniques convenables, seuls efficaces, pour aider l'organisme à triompher de la maladie.

Jusqu'à présent, le traitement médical est nul, ou applicable seulement à un nombre restreint d'individus favorisés de la fortune. Il est presque inaccessible au plus grand nombre des malheureux affectés de cette forme de malaria et qui ne peuvent subvenir à leurs moyens d'existence que par un travail rude et pour la plupart antihygiénique.

Enfin, le traitement médical a contre lui sa durée.

Aujourd'hui, la clinique a donné des preuves assez convaincantes pour autoriser à dire que la splénectomie est une opération bénigne donnant, au point de vue de la santé générale des opérés, des résultats excellents.

Les études comparatives du sang faites avant et après la splénectomie, par MM. Jonnesco, Dieulafoy et Wlaëf sont d'accord avec les faits cliniques ; elles montrent que l'ablation de la rate ne détermine dans la composition du sang que des troubles passagers et que, en quelques mois, l'équilibre est rétabli.

M. Jonnesco a bien précisé les indications et les contre-indications de la splénectomie et la façon dont elle doit être conduite ; l'auteur ajoute de très courtes remarques aux siennes.

Comme lui, il se place à droite de l'opéré, mais il ne partage pas son opinion au sujet de l'incision abdominale et ne croit pas devoir donner toujours la préférence à l'incision mé diane.

Il estime qu'on doit se guider sur les modalités de la rate ; or, elle ne peut être qu'adhérente, fixe, mobile ou ectopiée.

Il pratique l'incision médiane dans les cas de rate mobile et ectopiée ; il a recours à l'incision latérale quand la rate est fixe et adhérente ; par l'incision latérale, on tombe précisément à mi-chemin des adhérences développées au niveau du ligament phréno-splénique, presque toujours vasculaires et du pédicule splénique. Les avantages de l'incision latérale sont évidents au moment de l'extirpation de la rate ; seule, elle permet d'éviter les tractions intempestives.

Si une hémorragie survient au cours de l'opération, il saisit de la main gauche les vaisseaux spléniques y compris la queue du pancréas et il prie son aide d'appliquer la ligature sur les pédicules.

Sur les gros pédicules, par précaution, il place deux ligatures à 1 centimètre de distance et il lie ensuite chaque vaisseau à part.

Il ferme la plaie abdominale par trois étages de suture, et toujours à la soie. Les suites opératoires sont d'ordinaire aussi simples qu'après une extirpation de kyste de l'ovaire ; on doit immobiliser l'intestin par l'opium pendant les deux premiers jours, et si l'opéré est trop faible ou si l'opération a duré un temps assez long, on fait plusieurs injections de sérum artificiel.

Comme complications post-opératoires, il a observé une élévation de température immédiatement après l'opération, due une fois à une pleuro-pneumonie et à laquelle le malade succomba quatre jours après l'opération, les autres fois sans aucune lésion, très probablement par réveil des accès de malaria qui cèdent à quelques injections de quinine avec antipyrine.

Chez les jeunes sujets, il a observé souvent, peu de temps après l'opération, des saignements de nez.

Il n'a observé chez aucun de ses dérates d'hypertrophie des ganglions ou de quelque autre organe hématopoiétique.

Aux indications opératoires de M. Jonnesco, il faut en ajouter une : la splénomégalie compliquée de grossesse.

L'auteur a eu une malade qui, au cinquième mois de sa grossesse, était menacée d'avortement (vomissements incoërcibles, douleur et gêne extrême dans le bas ventre, œdème des jambes (sans albumine) cachexie et de plus, emphysème pulmonaire avec accès d'asthme de temps à autre.

Cette femme a très bien supporté la splénectomie, sans trouble de la grossesse ; la rate pesait 3.900 grammes.

Du reste, la splénectomie pour rupture traumatique de la rate au cours de la grossesse a été faite une dizaine de fois. Ces 10 cas ont donné 3 morts et 7 guérisons.

Il ne voudrait pas terminer sans dire que la santé de ses opérés est excellente, il a revu quelques-uns de ses malades un an et même plus après l'opération, ils étaient transformés

au point qu'il ne pouvait les reconnaître ; le volume des rates qu'il a enlevées a été de 1.800 gr. à 4.000 grammes.

Sur seize splénectomies, l'auteur n'a eu qu'une mort, par pleuro-pneumonie (gauche), celle-ci causée par la faute de l'infirmier qui, paraît-il, avant l'opération, a oublié le malade au bain pendant une heure et lui a laissé prendre froid.

La mortalité de 6,02 0/0 est donc une mortalité éminemment réductible. Il suffirait pour la ramener à 5 0/0 de ne plus faire de tentatives dans les cas trop hasardeux. On peut donc admettre la bénignité de la splénectomie qui devindra, l'auteur en a la conviction, l'opération de choix du traitement de splénomégalie malarique.

Les conclusions de l'auteur sont absolument semblables à celles de M. Jonnesco. Quant aux expériences d'hypo-toxicité après la splénectomie, il n'a pas eu l'occasion de les faire

Sur la cure radicale de la hernie inguinale, par Girard (de Berne). XIIIe *Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Pour les hernies inguinales obliques, de degré moyen, la plupart des procédés recommandés par les divers auteurs donnent des résultats très favorables.

Mais lorsqu'il s'agit de grosses hernies où le canal inguinal a perdu son obliquité et s'est transformé en une large ouverture débouchant presque directement d'arrière en avant, comme aussi dans la plupart des hernies directes un peu volumineuses, il est difficile d'obtenir une fermeture résistante et assurant l'opéré contre les récidives.

L'auteur emploie depuis 8 ans la méthode suivante :

1° Section du tendon aponévrotique du grand oblique, parallèlement à l'arcade crurale, à partir du sommet de l'anneau inguinal externe sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres chez l'adulte, de manière à ouvrir le canal inguinal, s'il existe encore effectivement ;

2° Résection du sac : fermeture du collet au catgut et réduction du moignon ;

3° Suture du bord inférieur du petit oblique à l'arcade crurale, comme dans le procédé de Bassini, mais sans déplacement du cordon.

5° Imbrication des deux bords de section de l'aponévrose du grand oblique, le bord supérieur étant d'abord suturé à l'arcade crurale, le bord inférieur étant ensuite rabattu par dessus et suturé également.

L'anneau inguinal externe est ainsi réduit chez l'homme à une ouverture très étroite, donnant très juste le passage au cordon. Chez la femme, la fermeture peut être totale. La paroi abdominale se trouve renforcée.

Tant dans son service d'hôpital que dans sa clientèle particulière l'auteur a environ 400 cas d'opération radicale par ce procédé qui lui a permis d'attaquer avec succès les plus grosses hernies.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Traitement opératoire des ulcérations gastriques, par M. le Dr Doyen (*XIIIe Congrès Internat. de Méd.*, Paris, 1900). — L'ulcère de l'estomac est une affection aussi variable dans sa marche que dans sa symptomatologie. Des ulcères multiples et à tendance perforante aux ulcères calleux et rétractiles qui arrivent à sténoser la partie moyenne de l'estomac et à créer l'estomac biloculaire, et de l'intolérance gastrique absolue aux cas d'ulcères larvés ou le malade paraît atteint de dyspepsie intestinale sans lésion gastrique : tous les types anatomiques et cliniques ont été observés.

Quels sont les cas où le chirurgien doit être appelé à intervenir ? La règle la meilleure est celle que l'auteur a déterminée en 1892 et 1895 et qui a été presque généralement adoptée par les chirurgiens qui opèrent sur l'estomac et l'intestin :

« Toute affection chronique de l'estomac entraînant un dépérissement grave de l'économie et rebelle à la thérapeutique médicale est du ressort de la chirurgie. »

L'ulcère de l'estomac doit être traité chirurgicalement : 1° Quand les gastrorrhagies sont fréquentes et copieuses ; 2° Quand le traitement médical est impuissant à enrayer le dépérissement du malade.

Il ne sera pas question ici de la perforation de l'estomac qui implique, comme toutes les autres variétés de péritonite par perforation, l'opération immédiate. L'opération est donc faite, dans les cas habituels, de propos délibéré, et dans les meilleures conditions de succès.

Quelle sera cette opération ? Devra-t-on rechercher l'ulcère et faire l'hémostase des vaisseaux voisins, sinon la résection de l'ulcération, ou bien est-il préférable de négliger le traitement direct de l'ulcère et de faire la gastro-entérostomie ?

Ce point important paraît résolu par l'excellence des résultats éloignés de cette dernière opération. L'auteur a pu suivre en effet parmi ses opérés (il a pratiqué à ce jour plus de

200 opérations sur l'estomac) un grand nombre de malades chez lesquels l'intervention a été suivie d'une presque résurrection.

Il revoit presque chaque année plusieurs de ces cas de gastroentérostomie par ulcère antérieurs à 1895. Ces malades, dont plusieurs avaient eu des phlébites cachectiques et avaient été opérés à la suite de gastrorrhagies abondantes, digèrent tous avec facilité, et aucun d'eux n'a présenté la moindre hémorragie gastrique depuis l'intervention. Ces résultats éloignés et, on peut le dire, définitifs de la gastroentérostomie dans les cas d'ulcère rond, accompagné ou non de gastrorrhagies, sont le meilleur plaidoyer en faveur de cette intervention.

L'auteur rejette donc au nombre des opérations exceptionnelles la ligature vasculaire et la résection de l'ulcère, opération impraticable toutes les fois que celui-ci, qui siège si fréquemment au niveau de la petite courbure, est d'une certaine étendue. La gastroentérostomie arrête les gastrorrhagies et fait disparaître les symptômes douloureux en remédiant à la distension permanente de l'estomac et aux accidents de contracture pylorique qui compliquent tous les cas d'hypersténie gastrique. Il n'a pas à insister ici sur la technique opératoire. Il préfère la méthode des simples sutures, qui demande en général de 12 à 15 minutes.

Observations concernant l'ulcère rond de l'estomac et son traitement par les lavages au perchlorure de fer (*Therap. Monatshefte*, juin-juillet 1900). — Le Pr Bourget, de Lausanne, se basant sur 88 observations personnelles d'ulcère stomacal (32 hommes, 56 femmes) arrive à une série de conclusions dont nous retiendrons celles qui ont trait à la thérapeutique.

Le repos de l'organe ne peut être obtenu que relativement, car l'influence irritative de l'ulcère provoque la sécrétion continue du suc gastrique ; en même temps, des contractions de la tunique dues à la même cause contribuent à aggraver encore la situation. Voici le traitement adopté à Lausanne : Aussitôt que le malade est entré à l'hôpital, on commence, qu'il y ait ou non hématémèse, à pratiquer des lavages avec une solution aqueuse de perchlorure de fer à 2 0/0, à laquelle on ajoute fréquemment, 1/2 0/0 de chlorate de potasse, après évacuation préalable du contenu stomacal avec le tube Faucher et lavage avec 100 ccm d'eau. La solution ferrugineuse est employée à la dose de 100 à 150 ccm et introduite dans l'estomac qui contient encore les 100 ccm d'eau de lavage, et on retire ensuite le tout. On continue de cette façon jusqu'à ce qu'un litre de solution ferrugineuse ait été utilisé ; en faisant la dernière évacuation, on a soin de laisser 60 ccm environ dans l'estomac et on fait coucher la malade sur le ventre. Au bout de 5 minutes, on fait prendre un verre d'une solution aqueuse chaude de bicarbonate de soude à 2 0/0 pour précipiter le fer resté dans l'estomac.

On procède tous les jours à cette série de lavages, et en cas d'hématémèse, on procède à une seconde série dans la journée. Il est vrai que les hématémèses deviennent très rares, dès que le premier lavage a été fait.

En général, cinq jours de traitement suffisent pour obtenir la cessation de toute hémorragie : les douleurs disparaissent souvent déjà au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. L'esthésiomètre constitue un excellent instrument pour bien se rendre compte des progrès réalisés sous ce dernier rapport.

Au point de vue de l'alimentation, il est irrationnel de vouloir remplacer la voie stomacale par la voie rectale. L'estomac sécrète en permanence, comme il a été dit plus haut, et l'introduction dans le rectum de substances excitantes telles que le bouillon, les peptones, le vin, les solutions sucrées et salées, provoque une hypersécrétion stomacale réflexe suffisante pour compromettre le processus de cicatrisation. Les lavements nutritifs sont enfin aussi peu nutritifs que possible.

Il y a donc lieu de ne pas renoncer à la voie stomacale, à condition que l'aliment n'irrite en aucune façon la muqueuse, ne contienne aucune substance fermentescible et séjourne aussi peu que possible dans l'estomac.

Le lait, si souvent prescrit, provoque une hypersécrétion acide, et en cas de spasme pylorique une accumulation de gaz très dangereuse, qui peut aboutir à la perforation par distension des parois stomacales.

Le meilleur aliment s'est montré le suivant : on fait cuire du riz dans de l'eau pendant une à deux heures, on ajoute un peu de beurre et de sel et on donne au malade ce mélange demi-liquide qui excite à peine la sécrétion gastrique et ne provoque aucune douleur. Des expériences comparatives avec l'alimentation lactée ont démontré qu'avec le riz l'acidité stomacale est au bout d'une heure et demie, moitié moins élevée.

Le potage au riz possède toutefois une valeur nutritive peu élevée : l'auteur a, en conséquence ajouté du lait et s'est arrêté à la formule suivante que l'on peut adopter dans un grand nombre de cas : on fait cuire pendant plusieurs heures 50 grammes de riz dans un litre de lait, puis on évapore au bain-marie jusqu'à consistance d'une bouillie épaisse. La cicatrisation de l'ulcère une fois obtenue, on

peut sucrer ou saler à volonté ce mélange, qui fixe très rapidement HCl, comme le démontre la quantité minima d'acide libre. En outre, le riz au lait séjourne beaucoup moins longtemps dans l'estomac que le lait, ce qui met à l'abri de la formation de gaz.

On donne en moyenne trois fois par jour 200 à 300 grammes de riz au lait.

Au point de vue de la question de l'administration du bicarbonate de soude, l'auteur conseille de rechercher au préalable dans chaque cas, le degré d'acidité du suc gastrique : on pourra ainsi arriver à calculer la dose nécessaire pour la neutralisation et éviter l'excitation produite par les doses trop faibles. L'expérience démontre que la dose de bicarbonate doit être double de celle de HCl et que l'on doit donner une solution chaude à 3 0/0 maximum deux à trois fois après le repas.

Avec ce traitement, il faut en moyenne un temps beaucoup plus court qu'avec les procédés classiques pour arriver au moment où l'on peut permettre l'alimentation mixte.

L'administration de sous-nitrate de bismuth a le grand inconvénient d'introduire dans l'organisme de notables quantités d'une substance étrangère qui provoque en outre une constipation rebelle. Comment d'un autre côté peut-on espérer une action de plâtrage sur un ulcère de la petite courbure ?

En 8 à 10 jours, on arrive avec le procédé de l'auteur a faire disparaître tous les symptômes principaux et vers le 15e jour, on peut permettre l'alimentation mixte.

Le traitement chirurgical doit être réservé aux cas où l'ulcère siège près du pyloré ; dans ces cas, la cicatrisation définitive est difficile à obtenir.

E. Vogt.

Disparition d'un carcinome stomacal et d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin par l'action de la cancroïne. (*Therap. Monatshefte* 15 juillet 1900). — Le Dr Adamkiewicz, de Vienne, relate l'histoire curieuse d'un malade âgé de 63 ans, examiné par lui et le Pr Nothnagel : le diagnostic de carcinome stomacal avec rétrécissement cancéreux probable de l'intestin fut posé sans hésitation. Le 9 juin 1898, on commença les injections de cancroïne, et l'on en fit tous les deux jours jusqu'au 10 juillet : à ce moment, la *tumeur stomacale avait disparu.*

En même temps, les troubles dyspeptiques furent remplacés par un état d'euphorie tel que le malade supprima toute espèce de régime. Au bout de quelque temps cependant, se développa une constipation opiniâtre, avec douleurs très violentes, au moment de la défécation, qui disparurent entièrement au bout d'un certain temps, après une enterrhorragie abondante.

Pour Adamkiewicz, l'augmentation de volume de la tumeur intestinale, admise comme probable, avait été causée par l'inflammation réactive que la cancroïne provoque dans les tissus infiltrés de carcinome ; l'élimination des tissus cancéreux nécrosés se serait faite brusquement et aurait provoqué une hémorragie, tandis que dans l'estomac cette élimination se serait faite d'une façon insensible.

Le malade, chez lequel le traitement ne fut pas continué (l'auteur ne dit pas pour quelle cause) a fini par succomber, après une longue période de bonne santé.

E. Vogt.

Rapport sur l'action thérapeutique de grandes doses d'huile d'olive dans les sténoses organiques spastiques du pylore et du duodénum ainsi que de leurs suites (Gastrectasie) par le Dr Paul Cohnheim XIIIe *congr. int. des sc. médicales*, Paris, 1900). — En se basant sur ses observations et ses expériences quant à l'action de grandes doses d'huile dans les sténoses pyloriques et duodénales et leurs suites (gastrectasie, spasme), expériences faites dans le courant de cette année, l'auteur se croit en droit de tirer les conséquences suivantes :

1. Des cas de gastrectasie, qui ne sont pas provoqués par un obstacle organique mais par un spasme du pylore, à la suite d'un ulcère ou d'une fissure à l'orifice de l'estomac, sont guéris ou notablement améliorés, en peu de temps, par l'infusion de grandes doses d'huile (100 — 250 grammes par jour).

2. De même des cas de sténose pylorique ou duodénale, de nature cicatricielle, accompagnés d'une gastrectasie secondaire, guérissent relativement par l'emploi méthodique de grandes doses d'huile, c'est à dire les malades ne ressentent aucun malaise à condition qu'ils évitent tout excès. La résistance causée par le frottement est diminuée par l'effet mécanique de l'huile.

3. Des cas d'une sténose relative du pylore et du duodénum, qui se caractérisent par une sécrétion continue et un spasme pylorique, après les repas principaux, s'améliorent ou guérissent totalement par l'huile.

4. Il est bon de prendre l'huile ou de la donner par la sonde, pendant un temps plus ou moins long, trois fois par jour, à la dose de 50 ccm, une heure avant le repas. Si, pour des raisons extérieures, cette méthode est impraticable, on donne une fois par jour, dans l'estomac vide, l'huile portée à la température du corps, à la dose de 100 — 150 cent cc.

5. L'emploi de l'huile répond à trois indications : rompre le spasme, diminuer le frottement et relever la nutrition puisque l'huile, même dans les cas de sténose très prononcée, arrive dans le petit intestin et y est résorbée.

6. L'huile agit sur le spasme, en cas d'ulcère. comme un narcotique ; elle n'a aucune action secondaire désagréable à condition qu'elle soit pure ; elle ne provoque ni renvois ni diarrhées ; les malades la prennent volontiers.

7. L'auteur n'a pu jusqu'ici obtenir aucun effet favorable de l'huile dans les cas de crampe de l'estomac de nature purement nerveuse, d'où découle un élément de diagnostic différentiel au point de vue des spasmes nerveux et organiques.

8. A l'aide de la cure à l'huile on arrive à améliorer nombre de sténoses du polyre avec une gastrectasie consécutive, si bien qu'une intervention chirurgicale deviendra superflue. Il serait donc souhaitable d'essayer la cure à l'huile dans les cas de sténose du pylore, avant d'intervenir chirurgicalement.

Contribution au traitement chirurgical des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage et particulièrement du cardia, par M. Jacob (d'Anvers) (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — Le traitement des rétrécissements de l'orifice de sortie de l'estomac est devenu relativement facile. Il n'en est pas de même de ceux de l'orifice d'entrée, le cardia.

Malgré les ressources de la chirurgie moderne, on n'est pas encore parvenu à avoir raison des tumeurs de la partie inférieure de l'œsophage : jusqu'à présent, ces affections sont au-dessus de nos moyens.

Le traitement même d'une affection, anodine en elle-même, le rétrécissement spasmodique de l'œsophage, plus généralement du cardia, a été jusqu'à présent des plus aléatoires et l'on peut dire que cette affection est plus difficile à guérir qu'un cancer du pylore reconnu au début.

Outre les médications antispasmodiques (pharmaceutiques, hydrothérapiques, etc.) on a particulièrement employé, contre cette affection, le cathétérisme méthodique et progressif ; mais sans succès certain, et cela parce que le pharynx ne permet pas d'introduire des bougies d'un calibre assez fort pour obtenir une dilatation suffisante.

L'instrument de l'auteur obvie à cet inconvénient. Il est essentiellement composé de deux parties : une tige articulée de moins de 1 centimètre de diamètre et un fuseur terminal de 10 centimètres de long et d'un diamètre de 1 centimètre 1/2 l'instrument étant fermé.

Ce fuseur, qui est le véritable dilatateur, est formé de cinq côtes qui, par un mécanisme analogue à celui d'un parapluie, peuvent s'éloigner parallèlement et augmenter ainsi la circonférence du système. Le tout est recouvert d'une gaine en caoutchouc. Ouvert au maximum, on obtient une dilatation de 3 centim. 75 de diamètre. A mesure que l'appareil s'ouvre, le diamètre obtenu est indiqué sur un cadran.

Trois cas de sténose spasmodique du cardia ont été opérés au moyen de cet instrument. Le premier, chez une demoiselle de vingt-neuf ans souffrant depuis seize ans et réduite, au moment de l'opération, à une alimentation exclusivement liquide administrée par la sonde.

Le deuxième cas est celui d'un homme de quarante ans, atteint en même temps d'asthme cardiaque et arrivé au dernier degré de l'émaciation ; il se nourrissait également d'une manière exclusive par la sonde, qu'il avait dans les derniers temps, beaucoup de peine à introduire.

Le troisième cas se rapporte à une jeune fille de dix-neuf ans souffrant depuis quatre ans (elle pesait 42 kilog.) et chez laquelle le diagnostic de tuberculose avait été avancé. En effet, la stase œsophagienne avait provoqué chez elle une infection des voies respiratoires par aspiration de parcelles alimentaires.

Le résultat de l'opération a été brillant chez ces trois malades : la guérison a été complète et elle s'est maintenue, tous les trois ont augmenté considérablement de poids.

On peut donc légitimement espérer que ce dilatateur est appelé à rendre de grands services dans les cas de sténose par spasme non seulement du cardia, mais de tout autre segment de l'œsophage. Il permettra de guérir sûrement une maladie considérée un peu comme incurable.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

La pathologie de l'épilepsie. — Considérations sur un nouveau traitement, par le Dr Charles Hill (*Bulletin of the Laboratory of Mount Hope Retreat*, Baltimore 1899). — Contrairement aux conclusions de Mairet et Bosc, l'extrait de glande surrénale peut être de quelque utilité dans le traitement de l'épilepsie ; l'auteur a constaté à la suite de son emploi une amélioration de l'état mental et physique du malade, la

violence et la fréquence des attaques sont diminuées. Le traitement a été employé aussi bien dans les cas post-hémiplégiques que dans les cas essentiels. Son efficacité s'expliquerait par l'action de la glande surrénale, sur le sympathique et par une augmentation de l'élimination. L'auteur préfère la macération glycérinée et aqueuse de glande à l'extrait sec dont l'action lui a semblé irrégulière.

P. Sainton.

Note sur l'emploi thérapeutique de la duboisine dans le traitement des maladies mentales, par Lalanne (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1900). — La duboisine introduite depuis 1890 dans le traitement des maladies mentales a donné de bons résultats dans les états d'excitation maniaque : si elle n'est pas plus généralement employée, cela tient à l'incertitude que l'on a de sa composition chimique de sa posologie. C'est ainsi que Ostermayer et Preimiger estiment que l'on ne doit point dépasser la dose de 2 milligrammes, tandis que Marandon de Montyel préconise 2 à 4 milligrammes par jour. Pour l'auteur, on ne doit guère employer que des doses *extrêmes* de deux milligrammes par jour. Il faut encore remarquer que l'administration par la voie stomacale n'est en général suivie d'aucun effet; pour arriver à un résultat pratique, il faut atteindre les doses qui ne sont point sans danger. Les injections sous-cutanées doivent être préférées ; on doit toujours avant de les pratiquer s'assurer que la solution n'est point altérée, il est indispensable que celle-ci soit placée dans un flacon de verre jaune, pour éviter l'action modificatrice de la lumière. Si cependant il se produit, malgré les précautions prises, des signes d'intoxication, il faut avoir recours aux injections de nitrate ou de chlorhydrate de pilocarpine pour faciliter l'élimination.

P. Sainton.

Traitement de la masturbation par l'hyoscine, par MM. Mairet et Ardin-Delteil (de Montpellier) (XIIIe *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900). — MM. Mairet et Ardin-Delteil ont expérimenté l'hyoscine en injections hypodermiques chez dix-neuf aliénés masturbateurs invétérés et adonnés avec frénésie à leur vice.

Ils ont obtenu ; 12 fois une disparition complète de l'onanisme, se maintenant depuis plus de t m ois ; 6 fois, une sédation ne durant que quelques jours, mais toujours suivie d'une atténuation marquée des pratiques honteuses; une seule fois ils ont échoué, à cause de l'agitation du malade.

Voici le résumé de leurs constatations :

1° L'hyoscine, en injections hypodermiques, a une action manifeste sur la masturbation.

Le plus souvent, elle la fait disparaître complètement pendant plusieurs mois consécutifs : d'autres fois, la suppression n'est que momentanée, mais les pratiques persistant sont toujours considérablement atténuées, quelquefois, l'hyoscine ne produit qu'une simple diminution de l'excitation génésique; très rarement elle n'a aucun effet utile.

2° Les doses efficaces varient entre un demi-milligramme et deux milligrammes par jour, chiffre maximum. — Il est bon de n'atteindre ces doses que progressivement, en débutant par un quart de milligramme.

Les effets thérapeutiques se manifestent dès le troisième ou quatrième jour. Mais, pour les rendre durables, il faut continuer les injections avec une extrême prudence, et en diminuant les doses, pendant douze ou quinze jours.

3° L'hyoscine peut produire des effets toxiques rappelant ceux de l'atropine. — Ceux-ci se manifestent à des doses variables suivant les susceptibilités individuelles, et suivant le degré d'agitation des malades.

L'hyoscine s'accumule dans l'économie.

4° L'hyoscine paraît agir sur le centre génito-spinal pour déterminer une véritable impuissance temporaire, en supprimant l'érection.

Traitement de la sciatique par l'application externe d'acide chlorhydrique, par Eljatz-Radzhowski (*Therap. Monatshefte*, août 1900). — L'auteur a expérimenté la méthode de Gennatas sur des malades de la clinique de Lemberg : cette méthode consiste à badigeonner les régions douloureuses avec 15 à 20 grammes d'acide chlorhydrique et à recouvrir ensuite d'un pansement ouaté. On recommence vingt-quatre ou quarante-huit heures après, en évitant les points couverts de phlyctènes.

A la clinique de Lemberg, on procède de la façon suivante : on marque au dermographe les points douloureux de Valleix et les points apophysaires de Trousseau, quand ils existent, puis on les badigeonne avec l'acide, le malade étant couché sur le ventre, sur une longueur de quelques centimètres. On attend ensuite quelques minutes avant d'appliquer le pansement.

Si la sciatique est récente, le malade, étant hypéresthésique, ressentira rapidement la brûlure, s'il s'agit d'un cas ancien, la douleur est nulle ou à peine marquée et il faudra plusieurs badigeonnages pour la réveiller. Il arrive souvent que, dès la première application, la sciatique devient moins intense ; on observe beau-

coup plus souvent encore un fonctionnement beaucoup plus aisé du membre.

Il arrive parfois que le traitement fasse apparaître des névralgies passagères dans d'autres domaines (nerfs intercostaux, par exemple) : ces phénomènes ne se manifestent que lorsque la sciatique est déjà en voie de guérison. Un épiderme fin est beaucoup plus sensible à la médication qu'un épiderme épais ou ridé. Ce traitement ne doit pas être employé seul : il ne faudrait pas négliger de continuer l'administration de remèdes internes.

Les points douloureux disparaissent peu à peu, ainsi que les myalgies, et les contractures cèdent rapidement.

Il n'y a pas lieu de craindre des effets généraux nuisibles, car l'acide, en pénétrant en profondeur, forme, avec les liquides de l'organisme, des chlorures inoffensifs.

Sur 12 cas traités, 11 ont été guéris dans un espace de temps variant de quatre à trente-cinq jours : une douzième malade a demandé son exeat après une amélioration considérable.

Dans 9 cas, il s'agissait de sciatique rhumatismale, dans un cas, de névrite sciatique et dans deux, de sciatiques chez des scoliotiques.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Traitement rationnel de la blennorrhagie chronique par le massage par Mohlau. (*Therap. Monatshefte*, août 1900). — L'auteur donne les résultats de 120 cas de gonorrhée chronique, inutilement traités par les méthodes les plus variées, qu'il a soumis à la médication suivante :

On saisit l'urèthre aussi près que possible de la prostate entre le pouce et le deuxième et troisième doigts, et l'on avance vers le gland en comprimant le canal aussi énergiquement que le malade peut le supporter. Cette pratique est répétée deux à quatre fois. Cela fait, on procède à un grand lavage uréthral avec 1 à 2 litres d'eau stérilisée tiède ne contenant aucun médicament. Ensuite, on introduit dans le canal une sonde métallique passant facilement et on refait un massage comme ci-dessus. On termine par une nouvelle irrigation.

Il arrive souvent qu'au bout de 2 à 3 jours se manifeste une recrudescence des phénomènes inflammatoires, mais cette période est de courte durée, et la guérison s'obtient en trois semaines environ. Deux cas seulement sont restés réfractaires (un cas avec rétrécissement, un autre avec cystite).

E. Vogt.

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales de M. F. Legueu (par Paris). — *XIIIe Congrès Internat. des Sc. méd.* Paris 1900. L'auteur est partisan des opérations conservatrices dans les rétentions rénales, mais ces opérations ont leurs indications.

Elles doivent être précoces, c'est-à-dire précéder la phase de destruction du rein. Dans les grosses hydronéphroses, lorsque le rein est excessivement distendu et contient, comme dans un cas opéré par l'auteur, jusqu'à trois litres d'urine, il croit qu'il vaut mieux l'enlever, d'autant plus que l'autre rein est en général sain.

Au début, le cathétérisme de l'uretère permet de traiter et quelquefois de guérir de petites rétentions rénales. L'auteur y a eu recours dans ces circonstances avec succès. Mais dans les plus grosses rétentions, il ne sert plus qu'à diagnostiquer et à localiser l'obstacle uretéral. Il a vainement essayé de traiter par le cathétérisme une volumineuse hydronéphrose qu'il dut opérer plus tard. Quoique le cathétérisme fût plus facile, le liquide se reproduisit dans l'intervalle des sondages, et le rein d'ailleurs s'infecta après la mise à demeure d'une sonde dans le bassinet.

L'auteur croit donc que dans ces grosses hydronéphroses, il vaut mieux recourir d'emblée à l'opération sans essayer de le traiter par le cathétérisme à demeure. Dans les rétentions septiques, l'opération conservatrice sera précédée de la néphrostomie.

Pour pratiquer l'opération, la voie abdominale et la voie lombaire ont été suivies. Par la voie abdominale on a peut-être plus de prise, mais s'il y a infection, on court le risque d'infecter la séreuse, ce qui est arrivé dans un des cas de l'auteur. Par la voie lombaire, au contraire le même danger n'est pas à craindre et les manœuvres sont tout aussi simples.

Quant au choix de l'opération, il est subordonné à la nature et au siège de l'obstacle; l'auteur préfère l'anastomose latérale à l'anastomose terminale.

Dans un cas il a fait l'urétéro-néphrostomie; dans un autre l'urétéro-pyélostomie. Il ne laisse pas de sonde à demeure, et assure l'abouchement par deux plans de suture séparés au catgut.

L'auteur rappelle, en réponse aux objections de M. Kuster, que la portion de l'uretère comprise au-dessus de l'anastomose est presque toujours oblitérée et ne livre plus pas-

sage à l'urine; par conséquent, elle ne peut être le lieu de formation des calculs. D'ailleurs, si on le craignait, il serait facile, l'anastomose faite, de réséquer la partie de l'uretère qui se trouve au-dessus d'elle et qui est devenue inutile. L'anastomose conserverait toujours ce grand avantage sur l'abouchement de l'uretère complètement sectionné, que l'opération est plus facile et plus sûre dans ses résultats.

La sonde urétérale à demeure après les opérations urétéro- rénales a les mêmes avantages que la sonde urétérale qu'on laisse après les résections de l'urèthre : elle empêche l'urine d'être en contact avec les sutures, avantage surtout important dans les cas infectés. Ce drainage urétéral permet en outre de pratiquer des lavages modificateurs de la poche. Parmi les malades de l'auteur guéris par ce procédé, plusieurs ont été opérés il y a plus d'un an; il en est un opéré depuis vingt-sept mois et qui reste guéri.

Il ajoute que la sonde urétérale permet pendant l'opération de trouver facilement l'uretère, ce qui peut être fort difficile en cas de pyonéphrose et que grâce à elle on peut, si l'uretère est encore perméable, voir dans l'intérieur de la poche rénale le point d'abouchement de l'uretère et le meilleur procédé à employer.

Dans les grosses hydronéphroses, la néphrostomie, aidée dans certains cas du capitonnage, diminue beaucoup le volume du rein, et permet de faire secondairement l'anastomose urétéro-rénale qui conserve le rein. L'auteur a agi ainsi avec succès, et ne se déciderait à la néphrectomie qu'après l'échec de ces procédés.

On ne doit rechercher par le cathétérisme uretéral la guérison complète des grosses hydronéphroses ou des pyonéphroses que dans des cas exceptionnels; dans les rétentions rénales, la sonde uretérale sert au diagnostic précis et facilite les manœvres opératoires. Après l'opération elle est surtout utile dans les cas infectés, comme le démontrent les observations de l'auteur.

Résumé du rapport sur des opérations conservatrices dans les rétentions rénales, par Bazy (de Paris), (IIIe *Congrès International des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — On dit qu'il existe une rétention rénale quand de l'urine séjourne d'une façon constante dans le bassinet et les calices, par suite d'un obstacle à son écoulement.

Cet obstacle siège sur l'uretère depuis son origine au bassinet jusqu'à sa terminaison. Il peut aussi siéger dans la vessie et dans l'urèthre.

L'auteur ne s'occupera pas de cette dernière catégorie de cas.

Les obstacles siégeant dans l'uretère peuvent se rencontrer au commencement, à la fin ou dans son parcours.

Ces obstacles sont constitués soit par des rétrécissements, des coudures ou insertions vicieuses ou par des calculs.

1° Les coudures siègent en général, sinon d'une façon tout à fait exclusive à l'extrémité supérieure de l'uretère. Leur étude se confond avec celle du rein mobile, et avec celle des insertions vicieuses de l'uretère sur le bassinet ;

2° Les calculs peuvent siéger dans tous les points de l'uretère ; mais on les voit surtout à l'extrémité supérieure, et à l'extrémité inférieure ;

3° Les rétrécissements peuvent siéger aussi dans tous les points de l'uretère — mais leur siège d'élection est soit l'extrémité supérieure, soit l'extrémité inférieure.

Ce rétrécissement peut être dû à une lésion des parois du conduit où à des lésions inflammatoires des organes avoisinant ce conduit (périmétrite, périnéphrite, etc.), et donnant lieu à la production de tissu cicatriciel enserrant ce conduit et le rétrécissant.

Ce rétrécissement existe toujours dans les cas de fistules urétéro-vaginales — c'est un point important à constater.

Les rétentions rénales peuvent être intermittentes, rémittentes ou continues.

Les deux premières formes appartiennent aux deux premières catégories : coudures, insertion vicieuse, rein mobile d'une part — calculs du bassinet de l'autre.

Les rétentions continues et permanentes sont causées quelquefois par des calculs, mais surtout par les rétrécissements dont l'action est progressive et permanente ; le dernier terme est ou l'hydronéphrose fermée ou la pyonéphrose fermée.

Enfin, autre distinction importante : les rétentions sont aseptiques ou septiques.

Les aseptiques constituent les hydronéphroses.

Les septiques comprennent les hydronéphroses infectées et les pyonéphroses.

Les opérations conservatrices ne sont indiquées que quand le rein paraît susceptible de rendre des services, et n'est pas une source de dangers ; l'indication est plus précise dans les cas d'hydronéphrose simple, elle est moins nette dans les cas d'hydronéphrose infectée, elle est absolue dans les cas de rein unique, quel que soit, du reste, l'état de ce rein.

Le traitement varie suivant l'espèce considérée.

Les calculs sont justiciables de l'ablation qui sera réalisée par une néphrotomie, soit par une

urétérotomie, ou par une taille vésico-urétérale ou vagino-urétérale. Celle-ci doit être exceptionnelle.

Les coudures peuvent guérir spontanément — elles peuvent être justiciables de la néphropexie.

Les abouchements anormaux sont justiciables d'opérations anaplastiques qui portent le nom d'urétéro-pyélo-néostomies.

Ces urétéro-pyélo-néostomies seront primitives (hydronéphroses aseptiques et quelques hydronéphroses infectées), ou secondaires (hydronéphroses infectées et pyonéphroses).

Les procédés sont variables mais diffèrent peu les uns des autres.

Le capitonnage ou la résection du bassinet sont inutiles, sauf dans les opérations primitives.

Les rétrécissements sont justiciables de la dilatation (exceptionnel), plutot l'opération anaplastique (urétérotomie au milieu ; en haut, urétéro-pyélo-néostomie ; en bas, urétéro-cysto-néostomie).

Les opérations anaplastiques peuvent se faire par voie transpéritonéale ou lombaire pour les abouchements urétéro-pyéliques dans les cas aseptiques ; ils se font par voie lombaire pour les cas septiques.

Les abouchements urétéro-cystiques doivent se faire par la voie abdominale et de préférence par la voie transpéritonéale, avec incision médiane. Les opérations par voie vaginale sont à rejeter.

Dans tous les cas, il est absolument indispensable de supprimer le rétrécissement.

L'infection de l'uretère et du bassinet n'est pas une contre-indication à l'opération.

Les abcès du rein contre-indiquent toute intervention anaplastique.

Les résultats opératoires qui datent de sept ans pour la plus ancienne opération, sont suffisamment probants pour que toutes les conclusions ci-dessus exprimées, puissent et doivent être adoptées.

La sonde urétérale à demeure dans le traitement préventif et curatif des fistules rénales, par M. J. Albarran (*XIIIe Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Les fistules rénales urinaires consécutives à la néphrotomie sont exceptionnellement dues à ce que le tissu rénal malade cicatrise difficilement (tuberculose, certains reins lithiasiques). Dans presque tous les cas la persistance de la fistule est due à ce que l'urine ne peut s'écouler librement par l'uretère, et la fistule ne guérit que lorsque ce conduit est devenu facilement perméable.

La guérison spontanée des fistules consécutives à la néphrostomie pour pyonéphrose se fait presque toujours attendre des mois et même des années ; elle est la conséquence, en dehors de la destruction totale du rein, d'un mécanisme complexe. Du côté du rein, la poche ouverte se rétrécit et le liquide qu'elle contient devient plus fluide ; du côté de l'uretère les phénomènes inflammatoires diminuent et le calibre du canal se rétablit en partie.

La persistance définitive des fistules sera due à des rétrécissements avec ou sans coudure, perméables ou non de l'uretère, ou à des vices d'insertion de l'uretère dans la poche rénale.

L'auteur croit qu'on peut, par le cathétérisme urétéral à demeure empêcher la formation ou hâter la guérison des fistules qui guériraient spontanément après un délai variable. Il croit encore qu'un certain nombre de fistules, qui ne guériraient pas spontanément et qui sont dues à des rétrécissements perméables de l'uretère, peuvent guérir par ce même moyen, et il réserve les opérations urétérorénales pour les cas où le drainage urétéral se montre impuissant.

Traitement préventif.—Il consiste, au moment où l'on pratique la néphrostomie, à introduire dans l'uretère une large sonde dont l'extrémité supérieure draine le bassinet et dont l'extrémité inférieure sort par le méat. Avant d'inciser le rein, l'auteur place, par le cathétérisme cystoscopique, une petite sonde dans l'uretère en la faisant pénétrer jusqu'au rein : lorsque la poche rénale est ouverte, il se sert de cette sonde mince pour faire passer, de haut en bas, une grosse sonde n° 10 ou 11.

Lorsque le cathétérisme urétéral n'a pu être pratiqué, on peut parfois réussir à trouver dans la poche rénale l'orifice de l'uretère et à y introduire une sonde jusque dans la vessie : avec un lithotriteur on prend ensuite la sonde dans la vessie pour la faire sortir par le méat. L'auteur a opéré ainsi deux fois avec succès.

La sonde urétérale mise en place reste à demeure et la poche rénale est en outre drainée, comme à l'ordinaire, par la plaie lombaire. Les jours suivants, on pratique par la sonde et par les drains des lavages boriqués et nitratés.

Le drainage lombaire est supprimé après une semaine en moyenne et peu de jours après toute l'urine s'écoule par la sonde qui sert toujours à faire des lavages et qu'on retire définitivement quelques jours après que l'urine ne passe plus plus par la plaie.

L'auteur a opéré par ce procédé sept pyonéphroses et a obtenu la guérison complète sans fistule dans un délai de trois à quatre semaines.

Traitement curatif. — Lorsque la fistule rénale urinaire est déjà constituée, on introduit par le cathétérisme cistoscopique, une sonde n° 6 ou 7

dans le bassinet. Souvent, dès le premier jour, toute l'urine s'écoule par la sonde et le malade n'est plus mouillé. Quelques jours après, la sonde est remplacée par une autre plus grosse que l'on introduit sur un mandrin de bas en haut (de l'urèthre vers le rein) et on arrive de suite, ou après un nouveau changement, au n° 11 ou 12. Lorsque la plaie lombaire est bien cicatrisée on retire la sonde.

L'auteur a réussi ainsi chez deux malades à tarir complètement la fistule en quinze ou vingt jours. Chez deux autres malades, la fistule se ferma bien, mais les accidents de rétention rénale, qui revenaient dès que la sonde était enlevée, l'obligèrent à pratiquer une opération urétéro-rénale pour déplacer l'insertion supérieure de l'uretère.

Le drainage urétéral par la sonde à demeure ne peut être pratiqué lorsqu'on ne réussit pas à faire pénétrer la sonde dans l'intérieur du bassinet. Il échoue encore lorsque l'uretère s'insère trop haut par rapport au point le plus déclive de la poche.

L'échec de la sonde à demeure justifie l'emploi des procédés opératoires sanglants.

L'auteur ajoutera avec Casper que la recherche du pouvoir éliminateur du rein par la fluoridzine comme par le bleu de méthylène, ainsi que la recherche de la composition chimique de l'urine ou son étude histo-bactériologique, est surtout féconde en chirurgie rénale lorsqu'on peut par le cathétérisme urétéral, étudier séparément et comparer la sécrétion des deux reins.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Du cacodylate de fer, par Gilbert et Lereboullet (*XIII' Congrès int. des Sc. Méd.*, août 1900). — L'association de l'arsenic et du fer en thérapeutique a toujours paru devoir amener contre la chlorose et les chloro-anémies de meilleurs résultats que l'emploi isolé d'un de ces deux agents. La médication cacodylique, qui, sous forme de cacodylate de soude, a échoué contre la chlorose, semble devoir être plus efficace sous la forme du cacodylate de fer. Le cacodylate ferrique, facilement soluble, peu toxique, est injectable sous la peau en solutions titrées à 3 centigrammes par centimètre cube. Une solution plus concentrée peut amener des nodules d'induration douloureux et persistants. Les accidents généraux et locaux paraissent nuls; les complications rénales, mentionnées à la suite des injections hypodermiques d'autres sels de fer, n'ont jamais été observées consécutivement à l'emploi du cacodylate de fer. La voie digestive peut être employée sous forme de gouttes prises au moment des repas à doses progressivement croissantes; elle paraît n'amener que rarement les douleurs stomacales et l'odeur alliacée signalées à la suite de l'emploi du cacodylate de soude. Les doses quotidiennes varieront suivant les cas de 3 à 10 centigrammes par voie hypodermique, de 5 à 30 centigrammes par voie gastrique. Le cacodylate de fer semble trouver ses indications dans tous les cas où il faut lutter à la fois contre la diminution du nombre des globules rouges, et contre la diminution du taux de l'hémoglobine. Dans la chlorose, le cacodylate de fer produit une augmentation rapide, notable et persistante du taux de l'hémoglobine. Les chloro-anémies de divers ordres semblent favorablement influencées. Au premier rang se place la chloro-anémie tuberculeuse, pour peu que les lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées; dans aucun cas il n'a été observé de poussées congestives ou hémoptoïques sous l'influence de la médication. Lorsque l'albuminurie existe, elle rétrocède le plus souvent; son existence ne constitue pas une contre-indication; au contraire, dans cinq cas, la néphrite a paru subir une rétrocession plus ou moins marquée à la suite de l'emploi du cacodylate de fer. Les divers types de lymphadénie et de leucémie, où la médication arsenicale est indiquée, paraissent particulièrement justiciables de l'emploi du cacodylate de fer.

L'Amyloforme : résultats cliniques (*Die aerztl. Praxis*, 15 juillet 1900). — Meyer a pu reconnaître que l'amyloforme constitue bien une substance désodorante, antimicrobienne, favorisant le développement des bonnes granulations et que la gaze amyloformée, qui peut être stérilisée, satisfait tout spécialement à ces indications.

Dans plusieurs cas de panaris graves, dont trois n'avaient subi aucune modification sous l'influence de l'iodoforme, le médicament a rapidement amené la guérison. Dans 14 cas de phlegmons, l'auteur a fait des études comparatives entre les deux topiques sus-nommés ; ces recherches ont démontré que les granulations de bonne nature apparaissent baaucoup plus rapidement sous l'influence de l'amyloforme. Dans d'autres affections (adénites suppuréees, bubons incisés, etc.), l'iodoforme a agi aussi énergiquement que son congénère : à l'avantage de ce dernier, il ne faut pas oublier de noter l'absence d'odeur.

Pour obtenir de la gaze amyloformée, on malaxe la gaze, avec le mélange suivant :

Amyloforme.....	5 à 10	grammes
Glycérine.....	10	—
Alcool.....	50	—
Ether	40	—
Huile de ricin.....	0 50	—

Des bandelettes de cette gaze introduites dans le nez d'un ozéneux firent de suite disparaître l'odeur : il s'agissait il est vrai d'ulcérations syphilitiques et non de rhinite atrophique.

E. Vogt.

L'iodipine (*Deustche med. Wochenschrift*, 28 juin 1900). — Les expériences de Klingmuller concernant l'iodipine (Berl. Klin. Wochenschr. 1899 n° 25) ont continué depuis sa première publication. Le produit, pris à l'intérieur, s'élimine aussi rapidement que l'iodure de potassium et provoque, bien qu'à un moindre degré, les mêmes accidents. La durée de l'élimination est, en revanche, beaucoup plus longue que pour le sel potassique. L'action thérapeutique est donc à la fois rapide et durable.

Des deux préparations, c'est celle à 10 0/0 qui se donne à l'intérieur par cuillerées à café ou à soupe : l'auteur ne prescrit en même temps aucun correctif, car la plupart des malades acceptent sans répugnance la médication. On peut du reste administrer le remède dans des capsules en glutol ou en gélatine.

L'administration par le rectum n'est pas pratique, reste l'injection sous-cutanée avec le produit à 25 0/0, qui a été utilisée par l'auteur exclusivement dans une centaine de cas, se décomposant en : syphilis secondaire 20, maligne 3, tertiaire 55 ; psoriasis 5, actinomycose 1, lèpre 2, syphilis tertiaire douteuse (tabès, paralysie, affections hépatiques) 8, syphilis compliquée de néphrite 2, asthme bronchique 1, et quelques cas dans lesquels on injecta de l'iodipine daus un but plutôt expérimental.

La solution à 25 0/0, plus épaisse que celle à 10 0/0, se prête fort bien aux injections, à condition de choisir une aiguille à calibre pas trop fin, de 5 cent. à 7 cent. de long. La seringue devra pouvoir contenir 10 cent.. Si l'on se sert d'aiguilles trop courtes, il peut arriver que le liquide huileux ressorte en partie par la petite plaie. La région fessière est le point d'élection. Avant d'injecter, il est bon de s'assurer si du sang ne sort pas par la canule, pour éviter l'embolie graisseuse pulmonaire qui serait à craindre si l'iodipine entrait directement dans un vaisseau sanguin.

On peut commencer avec 0 gr. 20, la douleur est nulle et l'on n'observe qu'un peu de tension : jamais il n'y a eu d'accidents.

Dans les cas graves, on fera tous les jours, pendant 10 jours, une injection de 0 gr. 20 ; on peut aller même, sans inconvénient à 0 gr. 30 et 0 gr. 40.

On n'a jamais pu démontrer la décomposition intraorganique du produit : la production d'iode libre n'a jamais été décelée au cours des recherches de l'auteur.

Les examens de sang ont prouvé à plusieurs reprises que ce dernier contenait de l'iode en combinaison organique à la suite des injections, au début du traitement. Plus tard, les combinaisons inorganiques apparaissent plus nettement.

L'auteur n'a jamais observé de phénomènes d'iodisme, même chez des malades ayant présenté pour l'iodure de potassium, de l'idiosyncrasie (les 2 cas de lèpre p. ex.). Les phénomènes toxiques ont de même fait défaut, le produit se prête donc fort bien à l'emploi hypodermique.

Dans les cas de lèpre et de psoriasis, le résultat a été négatif : dans un cas d'asthme bronchique au contraire, les accès disparurent pour plusieurs jours à la suite d'une seule injection. Même succès dans un cas d'actinomycose de la joue, qui guérit par l'influence des seules injections. Depuis 6 mois, aucune récidive ne s'est montrée.

Dans la syphilis secondaire, le médicament ne paraît pas présenter d'avantages spéciaux, mais la question est toute autre dans les accidents tertiaires, où l'action de l'idiopine est *spécifique* (*sic.*). Pour l'auteur, il n'existe pas actuellement de composé iodé capable, comme l'iodipine, de fournir pendant des mois à l'organisme, sans aucun inconvénient, l'iode dont il a besoin. Le produit se déposant dans la moelle osseuse, le foie, etc. pour y abandonner de l'iode libre, on comprend que les accidents viscéraux de la syphilis soient spécialement justiciables de cette médication.

E. Vogt.

Résultats obtenus avec la photothérapie (*Deutsche med. Wochenschrift* 5-12 juillet 1900). Strebel, distingue avec les auteurs entre les rayons à la fois caloriques et lumineux et les rayons lumineux. Les premiers sont des générateurs d'hémoglobine et de pigment ; ils sont fortement bactéricides et décongestionnent les organes internes : l'auteur les utilise sourtout pour la cure d'affections rhumatismales. Les résultats sont très variables sous tous les rapports, et dans les cas graves il ne faudrait pas espérer grand bénéfice de ce mode de traitement. En résumé, on obtient avec ce genre d'intervention autant qu'avec les divers modes de sudation jusqu'ici connus, avec cet avantage que la sudation s'obtient rapidement, est fort

abondante et ne provoque aucune réaction nuisible.

On a reconnu que la photothérapie augmente l'élimination de l'acide urique. Ce phénomène s'explique aisément. La sueur artificiellement obtenue contient peu d'acide urique, et les urines concentrées par diminution de leur partie aqueuse donneront forcément un taux élevé d'acide urique.

Si l'on traite la goutte par la photothérapie on risque de provoquer un accès aigu.

Dans la néphrite, l'auteur n'a jamais observé d'amélioration sensible de l'état des malades, mais on peut en cours de traitement, permettre aux patients d'absorber des liquides alcooliques et de manger de la viande sans que leur affection se modifie d'une façon défavorable.

Dans les affections cardiaques, on obtiendra de bons résultats, surtout avec la lampe à arc, car la fréquence de pouls s'abaissera manifestement et chez les sujets transpirant facilement, les œdèmes diminueront : il est vrai que les malades atteints d'œdème ne transpirent pas d'ordinaire, mais on observe des exceptions. Dans les cardiopathies, ce traitement permet, de même que dans les néphrites, d'autoriser le malade à être moins sévère pour son régime, sans dommage pour lui.

Dans le diabète, les résultats sont en revanche remarquables, le régime n'a pas besoin d'être surveillé étroitement pour obtenir une diminution rapide et notable du sucre dans la plupart des cas. Il est probable que le rétablissement des fonctions cutanées joue ici un grand rôle : l'auteur ne cherche pas à expliquer quelle influence ce rétablissement peut avoir sur la maladie elle-même : en tous cas, on observe souvent au cours de chaque séance une hyperthermie marquée (de 0,5° en moyenne) qui semblerait indiquer une stimulation des oxydations intra-organiques.

On comprend que la sudation photothérapique puisse provoquer chez l'obèse une diminution notable du poids du corps : il est intéressant de constater que l'éducation de la peau, si l'on peut s'exprimer ainsi, peut être obtenue dans ces cas. Des malades réfrataires aux premières séances, se mettent bientôt à transpirer abondamment si l'on continue la médication.

Dans la chloro-anémie, les résultats sont rapides : souvent on voit après deux ou trois séances reparaître les règles supprimées depuis longtemps, mais on ne saurait compter sûrement sur ce résultat.

L'état catarrhal de l'arbre respiratoire est de même favorablement influencé.

Pour les névralgies, on observe la plus grande variété au point de vue des résultats obtenus : en tous cas, la lumière sans chaleur n'exerce aucune action.

Le chancre mou traité par l'action des rayons non caloriques concentrés guérit très rapidement de même que les plaies et ulcérations en général. L'ulcère de jambe est tout specialement justiciable de la méthode photothérapique : on est dans certains cas véritablement stupéfait de voir avec quelle intensité la plaie se couvre de granulations de bonne nature. Mais il existe des cas réfractaires; on constate même parfois que sur un individu porteur de plusieurs ulcères, on enregistrera côte à côte des revers et des succès. Il y a là sans doute une influence nerveuse, car dans un cas, l'auteur est parvenu, en soumettant le tronc nerveux afférent à l'ulcère à la photothérapie, à stimuler une cicatrisation jusque-là languissante.

L'inconvénient principal, pour les malades porteurs d'ulcères variqueux, qui appartiennent en général à la classe pauvre, est le prix de revient du traitement. On peut obvier à cet inconvénient en se servant de la lumière solaire passant à travers une lentille creuse contenant une solution de sulfate de cuivre.

L'action de la photothérapie s'exerce en outre nettement dans la furonculose : le furoncle évolue rapidement et guérit sans complications.

En résumé, la photothérapie, sans être une panacée, peut rendre de grand services : il faut aujourd'hui chercher surtout à diminuer son prix de revient et à perfectionner l'appareil instrumental.

E. Vogt.

Du traitement des maladies par la lumière et la chaleur, par le Dr Knowsley Sibley (de Londres) (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur donne le résultat de ses travaux personnels sur ce sujet, et l'exposé de ses investigations. L'utilité de l'application locale de la chaleur, sans ou avec l'adjonction de la lumière, est si universellement admise comme moyen thérapeutique, que beaucoup d'hôpitaux et d'établissements hydrothérapiques, en Angleterre comme sur le Continent, se servent, à l'heure qu'il est, de la méthode préconisée par l'auteur.

L'auteur n'a pas l'intention de nier l'action de certains agents thérapeutiques internes, employés scientifiquement et avec discrétion. Mais il est à remarquer et à bien faire observer que dans certains cas, le traitement externe est plus efficace que le traitement interne et qu'il opère des cures sans faire courir au malade le risque d'une perturbation du système vital. En même temps on peut obtenir de forts bons résultats de l'emploi simultané de la

méthode curative externe et interne. Beaucoup plus de maladies qu'on ne le croit gagnent à être traitées par des applications locales d'air sec et de chaleur. Les maladies qui sont spécialement désignées pour tirer le plus grand profit du traitement dont il s'agit sont toutes les formes de l'arthrite, que celle-ci soit de nature rhumatismale, goutteuse, névralgique, tuberculeuse ou traumatique. Joignons à cette énumération le nom de la plupart des maladies qui affectent les jointures. Soit que ces maladies soient le résultat d'une maladie extérieure ou proviennent d'une cause interne, toutes gagnent à être traitées par l'air sec et la chaleur.

Cette méthode s'applique encore avec succès aux lésions, récentes ou anciennes, des jointures atteintes de synovite, et à l'inflammation des synoviales. On réussit toutes les fois qu'il s'agit d'ankylose car, dans tous ces cas, on facilite l'effort que fait l'opérateur pour rendre au membre raidi la souplesse qu'il a perdue. Dans tous les cas de névralgies qui proviennent de la goutte ou des nerfs, comme dans la névrite périphérique ou dans la névrite traumatique, on réussit, ainsi que pour le lumbago, la sciatique et, en général, pour toutes les affections du même genre. Le traitement, par les moyens ci-dessus indiqués, réussit également fort bien à guérir la danse de saint Guy, l'épilepsie et quelques formes de la paralysie. S'il s'agit de la bronchite chronique et surtout si celle-ci se complique d'albuminurie, on aura recours avec succès à cette méthode. L'asthme et quelques cas de diabète se trouveront bien d'y avoir recours.

Certaines affections cardiaques gagnent à être traitées de cette manière, ainsi que les maladies de la peau, telles que le psoriasis, l'eczéma sec, les ulcères chroniques, les inflammations locales, connues sous le nom de furoncles et d'erythème noueux. Les cas suivants paraissent assez réfractaires au traitement dont il est question; l'ataxie locomotrice progressive, la paralysie agitante, et la crampe des écrivains. La question de l'effet curatif dû à l'union des rayons lumineux et des rayons calorifiques est très intéressante. On sait que la bande violette du spectre solaire contient des rayons qui produisent les brûlures solaires, tandis que les rayons rouges pénètrent profondément dans les tissus sans les brûler; il est encore certain qu'un surcroît de rayons lumineux produit une augmentation de diaphorèse. En conclusion, ce nouveau traitement donne les plus grandes espérances pour l'avenir.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

GOUTTE

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE

Régime alimentaire :

Alimentation restreinte en ce qui concerne la quantité des aliments en général et les aliments azotés en particulier.

Viandes : Permises sans distinction, mais bien cuites, rôties, grillées ou bouillies, sans sauce.

Faire une part plus large aux viandes blanches, à la volaille, au ris ne veau, aux cervelas. Viandes fumées ou conservées pour salaisons, jambon, gibier interdits (sauf le gibier à plume non faisandé).

Poissons : Morue fraîche, sole, merlan, brochet, huitre, autorisés; saumon, thon, maquereau, anguille et en général tous les poissons à chair grasse, interdits.

Mollusques et crustacés interdits.

Œufs : Devront être pris de préférence sous forme d'œufs à la coque peu cuits.

Légumes : salsifis, artichauts, céleris, oignons, betteraves, salades cuites, pois frais, haricots verts, et d'une façon générale, tous les légumes verts sont autorisés, sauf la tomate, l'oseille, l'asperge et les épinards, le cresson, l'aubergine, interdits en raison de l'acide oxalique qu'ils contiennent, les choux en raison de leur indigestibilité.

Les légumes seront accommodés avec du lait, du jus de viande dégraissé, sans beurre.

Condiments, épices, (cannelle, poivre, muscade, piment, hors-d'œuvres, pickles, radis, olives, champignons, truffes, etc.), interdits.

Graisses et aliments gras (caviar, foie gras, conserves à l'huile) nuisibles surtout chez les goutteux, obèses.

Féculents : Haricots, fèves, lentilles, pommes de terre, riz, maïs; pâtes alimentaires en quantité très modérée et devront même être supprimés si le goutteux est en même temps glycosurique. Le pain devra être rationné, toujours très cuit.

Chez les goutteux dyspeptiques on le remplacera avantageusement par des biscottes.

Fromages : On n'autorisera que les fromages

non fermentés (fromages à la crème, petits suisses, etc.).

Fruits: Presque tous autorisés, surtout les pêches, les prunes, les framboises, les fraises, le raisin, les oranges.

Garrod interdit les pommes, les poires.

Les dattes, les nèfles, les fruits secs et huileux (amandes, noix, noisettes) sont à déconseiller.

Pâtisseries, confitures, interdites.

Sont autorisés :

Entremets aux œufs : crèmes renversées, soufflées, œufs à la neige, ainsi que les biscuits et les gâteaux secs.

Lait : Utile à doses modérées, comme diurétique.

Boissons : Toutes les boissons alcooliques et surtout la bière. Nuisible : le cidre.

Le vin de Porto, les vins du Rhin, de la Moselle ou de Bordeaux ; les vins sucrés (vin de Champagne, d'Asti) sont interdits.

Dans la goutte chronique, le vieux vin rouge oupé d'eau est utile pour soutenir les forces.

Le thé, le café, à doses modérées, peuvent être autorisés, bien que le thé contienne beaucoup d'acide oxalique (3 gr. 75 p. 1000).

La meilleure boisson pour les goutteux est l'eau : Eau de source ou eau minérale indifférentes comme celles d'Evian, Contrexéville, Vittel.

L'eau chaude qui séjourne un certain temps dans l'organisme s'y imprègne des sels et autres principes à éliminer, aussi est il indiqué de faire prendre tous les jours des infusions chaudes après les repas ou avant le coucher (Bouchard).

Hygiène musculaire et psychique :

Equitation, marche, bicyclette.

Ces exercices utilisés modérément, conviennent à tous les goutteux jeunes, non encore entaché d'artério-sclérose ou de dégénérescence graisseuse du cœur.

Tous les exercices immodérés (marches forcées, parties de chasse), le surmenage physique en général, peuvent provoquer des accès de goutte (augmentation de l'acide urique sous leur influence).

Le repos intellectuel, une vie calme et tranquille, sont essentiellement favorables chez les goutteux.

Soins de la peau particulièrement utiles, bains tièdes fréquents, simples ou alcalins (150 grammes de carbonate de soude par bain), ou simples lotions chaudes.

L'hydrothérapie froide doit être employée avec discernement, il vaut mieux prescrire les douches écossaises que les douches froides d'emblée.

L'hygiène des vêtements n'est pas à négliger. Le port de flanelle, de bas de laine préviennent contre les refroidissements.

Les climats froids et humides étant préjudiciables aux malades, ceux qui peuvent se déplacer pendant l'hiver trouveront profit d'un séjour dans le midi de la France ou en Algérie.

Traitement médicamenteux

La médication alcaline est la médication fondamentale, mais à réserver pour les goutteux jeunes, vigoureux, sujets à des attaques fréquentes de goutte aiguë, elle est contre-indiquée au contraire dans les cas de goutte chronique, chez les malades aménié, atteints d'ankyloses articulaires, etc.

Le bicarbonate de soude est l'alcalin le plus employé, on l'administre à la dose de 3 à 5 gr. par jour, au milieu du repas.

Le carbonate de potasse est prescrit beaucoup plus rarement, à la dose de 2 à 3 grammes par jour (Bouchard).

Les sels de lithine ont une action anti-goutteuse incontestable. On prescrit surtout le carbonate et le benzoate de lithine. L'iodure de lithine serait particulièrement indiqué dans les cas de goutte chronique.

La dose moyenne pour les deux premiers sels de lithine est de 0 gr. 50 à 0 gr. 80 par jour.

On les fait prendre en solution dans une eau gazeuse ou dans une eau diurétique comme l'eau de Vittel, de Contrexéville, d'Evian, soit en nature, soit sous forme de mélange effervescent :

Carbonate de lithine....	10	grammes
Bicarbonate de soude...	50	—
Acide citrique.....	40	—

Une cuillerée à café avant chaque repas.

Ou bien encore en piles :

Benzoate de soude. } Carbonate de lithine }	ãã	1 gramme
Extrait de stigmates de maïs.....	6	—
Huile essentielle d'anis.....	III	gouttes

Pour 60 pilules, 4 à 6 par jour.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COMMANDEUR : Le professeur Lannelongue, président du 13e congrès international des sciences médicales.

OFFICIER : Le Docteur Puijoly de Meyjounissas, maire de Brantôme.

CHEVALIERS : MM. les docteurs Maygrier, accoucheur de l'hôpital de la Charité, — Reynier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, — Hartmann, chirurgien de l'hospice de Vitry, — Marie, mécin à l'hôpital de Bicêtre, — Merklen, médecin à l'hôpital Laënnec, — Toupet, médecin des hôpitaux de Paris, — Desnos, médecin à Paris, — Jouin, médecin à Paris, — Blanc conseiller général des Hautes-Alpes, — Trapenard, conseiller général du Cantal, — Peton, maire de Saumur (Maine-et-Loire), — Hustin, médecin à Fresnes-sur-Escaut, — Laurens, conseiller général des Basses-Pyrénées, — Alban de la Garde, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre, — Pierret médecin en chef de l'asile d'aliénés de Brou. — Signard, président du conseil général de la Haute-Saône, — Veynat, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry (Savoie), — Petit, secrétaire général de l'œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson (Seine-et-Oise), — Cheize, maire de St-Germain-les-Belles (Haute-Vienne). Eury, conseiller général des Vosges, — Le Page, médecin-major du bataillon des sapeurs-pompiers d'Orléans (Loiret).

Congrès international de la Presse médicale. — Le Congrès de la Presse médicale a été inauguré le jeudi 26 juillet dernier, à 2 heures de l'après-midi, au pavillon de la Presse, à l'Exposition, par M. Millerand, ministre du Commerce.

Parmi les adhérents figuraient tous les membres de l'*Association de la Presse médicale française*, et les représentants de tous les grands journaux médicaux de l'étranger : MM. Posner et Ewald (Berlin), Spatz (Munich), Fraenkel (Vienne), Fassett (Etats-Unis), Ceccherelli (Italie), Sprigg (Londres), Podwissotzki et Diakonow (Russie), Tigerstedt (Suède), Ehlers (Copenhague) Gallet (Bruxelles), Pesina (Prague), etc.

Avant l'allocution du Ministre, le Président a pris la parole pour remercier M. Millerand et souhaiter la bienvenue aux délégués étrangers.

Puis M. le Pr Landouzy, en termes très élevés, a fait l'éloge de la Presse médicale.

Le sécrétaire général, M. le Dr Blondel, a parlé ensuite et exposé le rôle de la Commission d'organisation.

M. le Pr Virchow (de Berlin) a présenté les délégués officiels étrangers.

Un bateau, frétés pécialement, a conduit ensuite les Congressistes à l'Hôtel-de-Ville, où ils ont été reçus, à 5 heures, par le bureau du Conseil municipal et ont pris part à un lunch offert par la Ville de Paris, dans les salons du bord de l'eau. Les Congressistes ont été reçus aussi par M. Lépine, préfet de police, et par le Secrétaire général de la Préfecture de la Seine.

Les séances de travail ont eu lieu les deux jours suivants, matin et soir, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, à la Faculté de Médecine. On y a fondé *l'Association internationale de la Presse médicale*, préconisée depuis 1894, par Marcel Baudoin et Laborde (Paris) et Posner (Berlin).

Un *Comité international*, composé de délégués des différentes nations, sera constitué pour arrêter les statuts de cette Association, et un second Congrès international de Presse médicale se réunira pour les voter en 1901 à Bruxelles. Une codification des principes de la Propriété littéraire appliquée au journalisme médical sera proposée à ce même Congrès et préparée par une Commission élue à cet effet et composée des Drs de Maurans, Marcel Baudouin et Blondel.

Le vendredi soir, une grande soirée a été offerte par M. le Pr Cornil, président du Congrès, et a été très réussie. Elle a eu lieu à la salle de l'avenue Hoche et a été fort belle, Mme Cornil y assistait. Le président du Congrès était assisté par M. le Dr Blondel, secrétaire général. Un très grand nombre de journalistes et de savants de tous pays avaient répondu à l'invitation du Pr Cornil, malgré la température. Le samedi soir, le banquet de clôture a eu lieu au Vieux Paris. De nombreux toasts ont été prononcés : successivement MM. Cornil, Lannelongue, Richet Virchow, Posner, Blondel, Baudouin, Smith, Ehlers, Diakonoff, Marais, Archambault ont pris la parole. Le banquet a été suivi d'une belle fête au Théâtre du Palais.

Le mardi suivant, 31 juillet, excursion superbe à Versailles, *en mail coach*, dirigée par M. Marcel Baudouin ; et réception chez M. le Pr Charles Richet.

Ce Congrès présente cette particularité d'être le *premier* qui ait été réuni spécialement pour la Presse médicale : de nombreux membres et délégués étrangers ont répondu à l'appel de leurs confrères français : nous sommes heureux d'enregistrer le succès de cette belle réunion.

BIBLIOGRAPHIE

Sémiologie et Thérapeutique des Maladies de l'estomac, par Henri Frenkel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Préface par J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-16 de 560 pages, avec figures. Cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris)..... 7 fr. 50

Depuis 30 ans la pathologie de l'estomac a subi des transformations profondes : la nosologie en a été chargée, la symptomatologie s'est enrichie, le diagnostic a été perfectionné, la thérapeutique s'est enhardie. Tous ces progrès sont dus surtout à la création de nouvelles méthodes d'examen d'ordre physique, chimique et microscopique qui ont permis d'étudier sur l'homme la physiologie normale et pathologique de la digestion. De tels progrès ne se sont pas effectués sans donner lieu à d'innombrables publications, au milieu desquelles il est difficile de s'orienter.

Le praticien n'a pas le temps de remonter à toutes ces sources. Aussi M. Frenkel a-t-il fait une œuvre particulièrement utile en mettant à sa portée, avec une remarquable méthode, les procédés les plus savants comme les plus simples, qui lui permettront de s'orienter avec fruit au lit du malade. Ce n'est pas un mince mérite que d'avoir su condenser les innombrables notions récemment acquises et résumer non seulement les enseignements élémentaires des auteurs classiques, mais encore les monographies les plus nouvelles dont il a su tirer l'essence et les indications fondamentales. Voici le résumé des principaux chapitres :

Sémiologie. — Interrogatoire et examen objectif du malade. Méthodes d'examen basées sur l'emploi d'appareils physiques. Méthodes basées sur l'analyse chimique. Examen chimique du contenu stomacal. Examen de la motilité de l'estomac. Les gaz de l'estomac. Les liquides de rétention. Les symptômes du côté des autres organes et appareils.

Thérapeutique. — Le régime alimentaire. Les lavements alimentaires et l'alimentation par voie hypodermique. Les agents physiques (lavage, massage, électrothérapie, etc.). Le traitements médicamenteux (alcalins, acides, sels, amers, vomitifs, purgatifs, sédatifs, ferments, digestifs, etc.). Le traitement chirurgical.

Le livre de M. Frenkel est mieux qu'un résumé très au courant de toute la littérature actuelle. C'est, comme le dit le professeur Teissier dans sa préface, une œuvre personnelle et vécue où l'on sent que tout ce que l'auteur a écrit, il l'a vu, contrôlé et analysé avec une indiscutable compétence.

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hopitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hopitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique ; par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nlle. Imprimerie, E. Lasnier, directeur, 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

LA CHAMBRE HYGIÈNIQUE DU TOURING-CLUB

A l'Exposition d'hygiène, au 1er étage du Palais, le *Touring-Club* de France a voulu montrer au public en murs et en meubles, ce que doit être la *Chambre d'hôtel* pour satisfaire aux exigences modernes de la propreté et de l'hygiène. C'est la chambre d'hôtel idéale. — Les hôteliers sans doute la verront : ce sera un exemple et un modèle. La chambre hygiénique est une vraie chambre, grandeur nature, avec ses meubles, toute prête à recevoir le voyageur, à ceci près toutefois qu'il en manque une paroi, pour faciliter l'examen. Il faut comprendre la raison d'être de chaque détail. Car tout y est raisonné, mûrement délibéré et voulu. Et c'est par là qu'elle est instructive. En voici la description, d'après notre confrère, M. de Varigny :

La fenêtre d'abord, très haute, pour permettre aux rayons du soleil d'entrer largement. Ni stores, ni jalousies : les uns et les autres gênent la ventilation et accumulent la poussière ; et l'humidité qui s'y réfugie souvent favorise le développement des germes. Les volets sont seuls tolérés. Autour de la fenêtre, pas de ces grands rideaux en drap ou en étoffe ; de la toile seulement Car les étoffes ne se lavent point et d'habitude on les choisit de couleur sombre pour que la malpropreté n'apparaisse pas, tandis que la toile se lave ; et quand elle est sale, elle le fait voir. Mieux vaut la toile unie, sans dessins, par conséquent.

Le plafond et les murs, maintenant. Pas de moulures sur celui-là ; sur ceux-ci, pas de tenture. Le tout est uni, et uni ; pas un angle, pas une saillie, pas un recoin ; gorge unie à la rencontre des parois et du plafond. Pas de rosaces non plus, « où les insectes s'installent si volontiers », dit la notice (Si encore ils ne faisaient que s'installer...) Les murs sont peints : ils sont revêtus d'un enduit vernissé, de couleur claire, et gaie, avec une petite bande décorative dans le haut, et dans le bas, une bande sombre, pour imiter un lambris. C'est nu, mais c'est propre et avenant. Et puis, et surtout, cela se lave comme on veut : les microbes, la poussière, la saleté ne s'y accumulent pas comme sur le papier de tenture, ou sur l'étoffe. Un coup d'éponge de temps à autre, et c'est aussi net que si les peintres sortaient de la pièce. Quant à la suppression des moulures, de la rosace, elle s'explique sans peine : il ne faut laisser à la poussière, qu'elle soit banale ou malfaisante, aucun coin où se loger.

Le sol ? C'est un parquet sans encaustique et qui se lave. La cire ne sert qu'à conserver les poussières ; elle est bannie. Et pour éviter la poussière blanche qui sort sans cesse par les interstices des planches, le comité de médecins et d'hygiénistes qui a dressé le plan de la chambre hygiénique veut que les lambourdes soient scellées au bitume, et non au plâtre. Aucun tapis sur le parquet ou, du moins, aucun tapis. Là où le sol est carrelé, on tolérera les carpettes mobiles, mais c'est tout. Pas de tentures, par de portières, pas de rideaux autour du lit. Et pas d'alcôve surtout. L'alcôve et les rideaux s'opposent à la ventilation et accumulent autour du dormeur de l'air malsain, de l'air qui vient de servir. Mort à l'alcôve !... Mort aux rideaux de lit. Voilà pour le contenant : voyons le contenu ; tout est calculé en vue du libre passage de l'air, de l'éponge et du plumeau. Le lit en fer, en fer peint, aussi bariolé que l'on voudra, mais facile à laver ou à repeindre ; le lit en fer, où la vermine ne peut se réfugier. Le sommier, tout en métal et tout nu : inutile de l'habiller de toile qui recueille la poussière et les taches, et conserve l'air stagnant. L'armoire en bois, simple, mais élégante, et surtout moderne ; aux gémonies la commode des aïeux dont elle a conservé la crasse, ce meuble disloqué où pas un tiroir ne joue décemment, et d'où s'exhale une odeur suspecte. A côté du lit, la table de nuit, tout en métal et marbre, facile à laver et à repeindre n'absorbant pas, et, par conséquent, inodore. Avec cela une table en bois blanc peint et des chaises cannées : pas de ces fauteuil antiques et malpropres, refuges de la poussière.

Après la chambre, le cabinet de toilette. Très simple aussi, ce dernier. Pas de ces toilettes antiques et prétentieuses, qui ont dejà fait plusieurs générations : une table de bois blanc peint avec dessus en marbre; grande cuvette d'au moins 40 centimètres de diamètre et pot à eau contenant 5 litres d'eau. Il ne faut plus de ces cuvettes minuscules où l'on ne peut guère tremper que le nez et où il est impossible de se laver les mains sans tout éclabousser, ni du pot à eau d'un demi litre de capacité. Tout cela est préhistorique. Broc et seau hygiéniques, et amples; un *tub*, la vasque pour les ablutions générales, tout en métal, et l'autre meuble de même, Porte-serviettes en bois peint, mobile; porte-manteaux en métal, de préférence, et abondants.

Il manque plusieurs choses dans le *Cabinet de Toilette* de la Chambre hygiénique. Si le Touring-Club, qui voyage beaucoup en France, avait jeté un coup d'œil sur les hôtels d'Outre-Mer, il aurait vu que toujours ce cabinet possède une petite *baignoire*. Nous réclamons donc d'abord l'installation immédiate du dit appareil dans la dite chambre, si vraiment elle veut être hygiénique! Le premier soin de l'homme — et surtout de la femme! — principalement en été, ne doit-il pas être de se baigner.

Un autre instrument manque, et il faut également l'y mettre de suite, car je ne suppose pas que la Chambre du Touring-Club soit réservée aux seuls hommes! Cet appareil, nous ne le nommerons pas, pour ne pas effaroucher nos lecteurs; mais nous nous bornerons à rappeler qu'en Vendée il porte le même nom qu'une pauvre haridelle!

Décidément, au Touring-Club, si l'on est « modern style », on n'est pas très moderne ni très parisien! Avis aux Parisiennes.

(*Gazette médicale de Paris*).

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

RÉCENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants, par les Drs H. Mimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin aide-major de première classe, 1 volume in-12, avec 39 figures dans le texte..... **6 fr.**

Les Projectiles des armes de guerre, leur action vulnérante, par *les mêmes*, 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte..... **3 fr.**

Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, leur action et leurs effets vulnérants, par les *les mêmes*, 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte..... **3 fr.**

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à *4* francs et à *3* francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Félix Terrier membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs Félix Terrier et N. Péraire ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... **3 fr.**

Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... **3 fr.**

L'Opération du Trépan, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Chirurgie de la Face, par les docteurs Félix Terrier, Guillemain, chirurgien des hôpitaux et Malherbe, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures..... **4 fr.**

Chirurgie du Cou, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs Felix Terrier et Reymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise..... **3 fr.**

Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes*, 1 volume in-12 carré avec 67 gravures, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

Par le Dr Paul Reynier, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1).

I

Je ne peux assez dire avec quel plaisir j'ai entendu le rapport si intéressant de M. Roux, et surtout celui si étudié, si consciencieux, si lucide de mon ami le Dr Jalaguier. Ces rapports viennent en effet à l'appui des idées que j'ai toujours défendues, en même temps que M. Jalaguier, à savoir que l'expectative armée donne plus de succès que l'intervention hâtive, systématique, non raisonnée. Ce sont ces idées que j'ai défendues à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques en 1896, ce sont celles que j'ai toujours défendues à la Société de Chirurgie; et, dans la dernière discussion qui a eu lieu à cette Société, je restais le seul luttant, à la fin de cette discussion, pour soutenir cette expectative armée, contre les partisans de l'interventien hâtive. Mais tout ce qu'on m'a objecté n'a pas ébranlé ma conviction. Plus mon expérience personnelle s'accroît, plus j'étudie les faits, plus je crois que les opinions défendues par MM. Jalaguier et Roux sont celles qui sont les vraies. Quand vous êtes appelé dès les premières heures d'une appendicite, le seul traitement doit être la glace, l'immobilité au lit, la diète absolue, l'absence de tout purgatif, et l'opium à l'intérieur.

Mais quand je dis la glace, ce n'est pas la glace comme je la vois mettre trop souvent par des personnes qui croient faire le traitement par la glace, en faisant toucher le ventre par le fond d'une vessie de glace suspendue à un cerceau. Ainsi à peine 10 centimètres carrés de la peau du ventre se trouvent refroidis. Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, reposant sur celui-ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle, et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge, de peur des escharres. Que cette glace enfin soit renouvelée *scrupuleusement* toutes les 2 ou 3 heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite, 3, 10, 15 jours au besoin.

Avec ce traitement, toutes les fois que j'ai pu l'appliquer scrupuleusement dès les premières heures, j'ai toujours vu, en 24 heures, 48 heures au plus, tous les accidents disparaître. Malheureusement nous sommes appelés rarement dès les premiers

(1) Communication lue au XIIIe Congrès international des Sc. médicales.

accidents, et mon expérience personnelle se résume à 12 malades; mais j'ai celle de mes élèves le Dr Marieux, le Dr Deroche, qui ont une grosse clientèle, qui souvent voient des appendicites au début, et qui dernièrement encore me disaient que depuis qu'ils appliquaient ce traitement, ils n'avaient plus d'accidents.

Le plus souvent c'est au bout de 24 heures, de 48, de 62 heures que nous sommes appelés. Alors deux cas se présentent. Ou les accidents sont limités à la fosse iliaque, sans retentissement péritonéal exagéré, ou nous sommes en présence de phénomènes de péritonisme généralisé, ballonnement du ventre, sans localisation appréciable.

Dans le premier cas, instituez le traitement par la glace, et, comme vous le dit M. Jalaguier, vous verrez ou tout s'amender, ou se limiter de plus en plus un abcès, que vous ouvrirez vers le huitième ou neuvième jour, quand les adhérences se seront faites. J'ai opéré ainsi 30 malades, sans avoir eu de morts à déplorer, et j'ai pu, chez 51 malades, faire retarder l'opération et les opérer à froid, avec une mort, que j'ai due à ma précipitation à l'opérer trop tôt, n'ayant pas laissé complètement refroidir.

Mais renvoyant au rapport de M. Jalaguier, je passe rapidement sur ces faits, et j'arrive aux cas où nous sommes appelés lorsque le malade est en pleine réaction péritonéale, que nous le trouvons avec le ventre ballonné, les traits tirés, le facies péritonéal; avec température élevée, ou abaissée, pouls rapide atteignant 120 ou le dépassant, vomissements incessants, voir même fécaloïdes.

Eh bien, là encore, je vais plus loin que mon ami M. Jalaguier; devant les malades qui ont l'aspect de la péritonite, et quelques-uns de la péritonite septique, quand vous êtes appelé dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, non le sixième, septième ou huitième jour, — car dans ce cas je parlerais autrement, sachant qu'à ce moment je me trouve sûrement en face de péritonite confirmée, ne pouvant plus rétrocéder, — devant ces malades n'intervenez pas. Il faut un certain courage pour venir vous le dire, car un chirurgien peut être accusé dans ce cas là d'être un timoré; il faut surtout bien plus de courage pour prendre devant le malade cette détermination, car à l'heure actuelle, l'entourage, le médecin, tout le monde vous pousse à l'opération, et, comme vous l'a dit M. Jalaguier, l'opération sans discussion, systématique, donne plus de quiétude à l'esprit du chirurgien.

Mais malgré tout, je vous le répète avec encore plus de force que je l'ai dit à la Société de chirurgie, ne vous pressez pas dans ces cas d'intervenir. Faites le traitement par la glace, l'immobilisation et la diète absolue, l'opium, et joignez-y la caféine, les injections de sérum, soit sous cutanées, soit, s'il le faut, intraveineuses, et vous aurez plus de succès que par l'intervention, vous aurez des succès comme je les ai eus, même dans les cas qui nous paraissaient désespérés.

Et pour vous convaincre, je ne peux mieux faire que de venir vous apporter ma statistique sur laquelle je base ma conviction, et qui j'espère entraînera la vôtre. J'ai eu 21 de ces cas à réaction péritonéale généralisée, sans localisation appréciable. Dans 9 cas je ne suis pas intervenu : j'ai institué le traitement par la glace et les injections de caféïne et de sérum, et 8 malades sont guéris, un seul est mort, me faisant regretter de n'être pas intervenu.

Or, ces neuf malades, si je ne les ai pas opérés, ce n'est pas par théorie, mais parce que je les trouvais trop bas pour oser tenter une opération : j'en appelle au témoignage des médecins qui m'avaient demandé, et qui les soignaient avec moi. J'ai donné par ailleurs leurs observations détaillées. Je les rappelle seulement ici brièvement.

Le premier était un malade qui avait été la veille pris de tous les symptômes d'une

perforation intestinale. Je le vois quarante-huit heures après le début des accidents avec le docteur Deroche. Il avait un ballonnement généralisé, le pouls rapide filiforme, la température à 36. On lui donne de la caféine, on applique de la glace, et une localisation se produisait, qui, le huitième jour des accidents, me permettait d'ouvrir un abcès contenant des matières fécales, par une incision le long du muscle droit.

J'ai encore à vous citer la malade du docteur Desmons, que nous voyons avec le docteur Benzier un mardi matin, trois jours après le début des accidents. Le docteur Benzier la trouve si mal, avec une température tellement basse, un pouls tellement rapide, que lui, interventionniste de la première heure, me dit de ne pas opérer et de ne faire l'opération que si, les choses continuant à aller de plus en plus mal, la famille tient absolument à ce qu'on tente quelque chose.

Or, je reviens à quatre heures, et je trouve la malade si bas, que je me refuse même donner cette consolation à la famille. La malade avait des vomissements fécaloïdes, un pouls presque incomptable. Et cependant sous l'influence du sérum, de la caféine, de la glace, le lendemain matin le docteur Desmons me téléphonait qu'elle était sauvée, et en effet une localisation se faisait, la température remontait, et le huitième jour j'ouvrais un abcès rétrocœcal, dont l'ouverture était suivie d'une fistule stercorale qui guérissait.

Je vous cite encore ces deux malades que je soigne avec le docteur Paulesco. L'une est vue par moi quatre jours après le début d'accidents d'occlusion liée à une appendicite. Je la trouve après une purgation avec huile de ricin et goutte de croton, ayant des vomissements fécaloïdes, le faciès tiré, toutefois le pouls encore bon, à 120, mais bien frappé — température 36-8. — Avec la glace, la caféine, la malade a guéri.

Et ce jeune garçon de seize ans, que je trouve le 27 mai dans le service du docteur Lancereaux, et que me montre le docteur Paulesco? Il entrait le 25 mai, deux jours après le début d'une appendicite, dans le service. Son médecin lui ordonne de la glace : mais il l'applique pendant une heure, la laisse fondre. Il entre le 25 mai ; ventre ballonné, douloureux à la palpation partout, surtout dans la fosse iliaque ; faciès tiré, vomissements verts répétés, voix faible, pouls 100. On lui donne un petit lavement purgatif. — 25 mai. A la suite de ce lavement, selles abondantes ; le ballonnement du ventre persiste, vomissements bilieux incessants, contenant des grumeaux foncés brunâtres.

28 mai. Je le vois le 27 mai au soir ; je le trouve me parlant la voix cassée, ayant le faciès tiré, la température à 36-8, le pouls à 130 avec des vomissements toujours incessants, et le ventre toujours ballonné.

Une vessie de glace était bien mise sur le ventre, mais les infirmières l'avaient suspendue à un cerceau, et elle touchait à peine le ventre. Avec le Dr Paulesco, nous le faisons couvrir de glace : on continue l'opium, la caféine.

Sous l'influence de ce traitement, au bout de 48 heures, un mieux s'établissait, le malade guérissait, et était opéré un mois après.

J'ai 9 observations pareilles, dans lesquelles je ne croyais pas, en voyant mes malades au début, à la possibilité de la guérison, et cependant ces malades ont guéri, sauf un que j'ai trouvé le soir du quatrième jour à partir du début des accidents, avec un ballonnement généralisé, le pouls petit, le faciès mauvais, avec vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Sous l'influence de la glace, des injections de sérum intra-veineuses, j'arrivai à voir se localiser une collection que j'ouvris le huitième jour : mais le malade restait faible, mourait le lendemain de cette intervention, me laissant l'impression, à moi comme au Dr Gartner, qui le soignait, que nous avions échoué au port.

Opposez à cette statistique celle de mes interventions, ou de celles qui ont été faites

dans mon service par mes assistants. 13 fois on est intervenu, toujours parce qu'on trouvait encore le pouls bon et résistant et le malade paraissant être dans des conditions à supporter une intervention.

Or, sur 13 malades ainsi opérés j'ai 4 guérisons, 9 morts; et cependant j'en ai un, qu'avec le Dr Marieux, j'ai opéré 24 heures après le début des accidents; je relève 3 opérés le troisième jour, 1 le quatrième, 1 le cinquième, 1 le sixième, 2 passé le huitième jour, 4 malades seulement dans cette série noire ont guéri, 2 opérés par moi, un par mon ami Legueu dans mon service, un autre par mon interne, à l'heure actuelle le Dr Flœrsheim.

Mais je n'ai pas relevé toutes les opérations faites par les chirurgiens de garde dans mon service. Toutes les fois qu'ils ont opéré en pleine poussée péritonéale généralisée avec ce ballonnement du ventre, ces vomissements, ce pouls précipité, je n'ai pas souvenance d'avoir vu guérir un de ces opérés, sauf le malade de M. Legueu, dont je viens de vous parler.

Devant ces faits, comment voulez-vous donc que je puisse conclure autrement qu'en vous disant ce que je vous disais au début. Lorsque vous vous trouverez en présence, dans les 3 ou 4 jours qui suivent le début des accidents, de ces réactions péritonéales généralisées, sans localisation nette, votre malade bénéficiera plus du traitement par la glace, le repos, la diète absolue et l'opium, que d'une intervention.

II

Reste la question de l'intervention dite *à froid*. Quand peut-on dire qu'on opère une appendicite à froid.

Je viens de dire que, selon moi, lorsqu'on est appelé au début d'un appendicite le traitement de choix n'est pas, comme quelques-uns ont voulu le dire, l'opération immédiate, mais le traitement par l'application de vessie de glace, le repos absolu, la diète et l'opium à l'intérieur. C'est ce traitement que mon ami, le Dr Jalaguier, vient de défendre, c'est celui que j'ai défendu un des premiers dès 1896 à la Société de Médecine et Chirurgie pratiques, et auquel je reste de plus en plus fidèle à mesure que mes observations augmentent et que les faits viennent à l'appui de mon opinion.

J'opère donc, comme beaucoup de mes collègues, de plus en plus à froid.

Mais il s'agit de s'entendre sur ce qu'on appelle à froid. Aucune règle précise n'a encore été donnée.

Pour beaucoup, à froid c'est quand on ne sent plus d'induration, de masse suspecte, quand le ventre est devenu souple. Eh bien cette constatation n'est pas encore suffisante : c'est ce que je vais essayer de démontrer par des observations.

Si vous avez eu affaire à une crise appendiculaire de courte durée, sans réaction péritonéale, le ventre restant souple, la douleur disparaissant dans les 24, 48 heures, dans ces cas, l'opération à froid peut se faire au bout de 15 à 20 jours.

Mais encore faut-il qu'il n'y ait pas eu de fièvre, car si pendant deux jours il a existé de la fièvre, on peut, en opérant trop tôt, trouver, comme cela m'est arrivé encore récemment chez un jeune homme qui avait eu une crise appendiculaire durant 48 heures, sans réaction péritonéale, mais avec fièvre pendant deux jours montant à 38,8, un méso friable, se coupant facilement et pouvant saigner, — donner lieu à ces hémorragies que signalait dernièrement M. Kirmisson.

Toutefois, ce sont là de petits ennuis. Mais il n'y a pas là de graves accidents, puisque toutes les opérations faites à partir du vingtième jour, dans ces conditions, m'ont donné une guérison.

J'arrive maintenant à ces cas où la crise appendiculaire s'est accompagnée de réactions péritonéales, graves au début, qui se sont calmées sans donner lieu à une collection limitée. Dans ce cas on ne saurait trop recommander de retarder le plus longtemps possible l'opération de l'appendice à froid. Cet appendice ne se refroidit que lentement, et, lors même que la palpation ne révèle plus rien, dans ces formes, il faut se défier, en intervenant trop tôt, de réveiller par le traumatisme un feu qui couvait sous la cendre.

C'est à l'appui de ces idées que je viens vous apporter ici ces deux observations qui me paraissent bien démonstratives et que j'ai choisies à cause de cela.

Le premier malade était un jeune homme de dix-neuf ans, qui, à plusieurs reprises avait eu, comme c'est la règle, des douleurs appendiculaires; trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris, après avoir été à la garde-robe, de douleurs dans la fosse iliaque; il avait cru devoir se purger. Le lendemain, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, qui le retiennent au lit; il appelle un médecin qui me l'adresse. A son entrée, je trouve un malade ayant la figure concavée, le pouls à 120, rapide, cependant nettement frappé. La température est à 39. Le malade a eu un léger frisson la veille. Le ventre est contracturé, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Il accusait toutefois de la douleur à gauche. Le matin, le malade avait eu un vomissement bilieux. Nulle part on ne trouvait de matité permettant la localisation d'une collection se formant.

Dans ces conditions, je crus devoir me contenter du traitement médical, large application de glace sur le ventre, opium à l'intérieur, injection sous-cutanée de sérum 1.200 grammes, diète absolue.

Le lendemain, la température, qui la veille avait monté à 39, baissait à 38 et se maintenait pendant quatre jours à cette température, 37,9 le matin, 38, 38,2 le soir.

Le ventre devenait moins douloureux, les vomissements cessaient, et le malade rendait des gaz. Je ne notais toutefois aucune localisation.

Dans ces conditions, je continuai la glace et me tins toujours sur l'expectative armée. Le cinquième jour de son entrée, le malade allait à la garde-robe spontanément, et le dixième jour, la température redevenait normale. Le ventre devenait souple, non douloureux.

Le dix-septième jour de son entrée, c'est-à-dire le vingtième jour du début des accidents, le malade allait si bien, était si désireux de retourner dans son pays, que je crus pouvoir céder à ses instances et, ne sentant rien d'anormal ni de nettement appréciable dans le ventre, persuadé que j'allais faire une opération à froid, je me décidai à l'opérer.

Or, à l'opération, je trouve un péritoine encore rouge, congestionné, un appendice situé du côté de la fosse iliaque, adhérent au péritoine pariétal profond, ayant un méso court, épaissi, très congestionné, très friable. L'appendice lui-même était friable, et quand je veux placer ma ligature, il se coupe ainsi que le méso, comme quelquefois se coupent des pédicules de trompes opérées encore en période inflammatoire.

Les ligatures se mettent donc péniblement : il y a un peu d'hémorragie et je me vois forcé de faire un drainage de la plaie, drainage assez large. Malgré cela, le soir, la température montait, le malade avait le pouls rapide; le lendemain on défait tout le pansement, on coupe toutes les sutures. Mais la température continue à monter, et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération, me laissant le chagrin que vous avez pu

ressentir en pareille occasion, de perdre un malade qu'on avait cru sauver par sa manière de conduire le traitement.

Or, pour moi il n'y avait pas eu de faute commise dans mon opération : mon examen de conscience, la discussion du fait avec mes aides ne me reprochaient rien. La seule faute que j'avais faite, et que je proclame bien haut, pour que cette observation serve d'enseignement, était d'avoir opéré trop tôt ; j'avais remué le feu sous la cendre, feu qui allait s'éteindre, mais qui, par le fait de mon opération, s'était rallumé, donnant lieu aux accidents du début, mais plus intenses, car le malade était débilité et moins en état de se défendre par le fait de son attaque antérieure.

Je cite une seconde observation, qui s'est terminée plus heureusement, mais qui montre qu'au bout de trente et un jours, il n'est pas encore prudent d'opérer dans ces formes d'appendicite, sans pus, mais à réaction péritonéale du début violentes, qui pour moi sont des appendicites érysipélateuses aggravées comme l'erysipèle par tout traumatisme.

Le 27 mai dernier, mon ami M. le Dr Paulesco me priait de voir dans le service de M. Lancereaux, un jeune homme de seize ans et demi qui était depuis deux jours dans le service

Depuis six mois le malade éprouvait des douleurs dans le ventre, des coliques qui quelquefois le forçaient à se coucher.

Le 23 mai, deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris subitement de douleurs vives dans le ventre, après avoir été le matin à la garde-robe. En même temps que ces douleurs, il était pris de vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin appelé lui ordonna de mettre de la glace sur le ventre, mais cette glace est mal appliquée, irrégulièrement, et le malade ne garde pas le repos absolu sur le dos.

Le 25 mai, quarante-huit heures après le début des accidents, il entre à l'hôpital du Perpétuel-Secours. A son entrée, le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation, principalement au niveau de la fosse iliaque droite : les douleurs s'irradiaient en arrière du côté du rein. Il se plaignait de coliques, qui étaient suivies de vomissements bilieux. Le malade vomissait d'ailleurs tout ce qu'il prenait. Les yeux étaient concaves, la voix très faible. Le pouls, rapide, était cependant bien frappé : 110 — température 38.

Traitement : Glace sur le ventre, eau de Vichy, lavement purgatif. Mais je dois dire que la glace était mise parcimonieusement, au moyen d'une vessie suspendue à un cerceau, et ne touchant le ventre que par un point très limité.

26 mai. — A la suite d'un lavement purgatif, selles abondantes, infectes ; le ballonnement du ventre persiste cependant, la voix reste très faible, les vomissements continuent, abondants, et prennent à la fin de la journée un aspect brunâtre rappelant celui des vomissements fécaloïdes. — Pouls 110, toujours régulier — température 37 le matin.

Je le vois, 27 mai au soir, et le trouve le ventre toujours ballonné, sans localisation nulle part de collection suppurée, les yeux concaves, le pouls à 120 — 130, rapide, les vomissements toujours abondants. — Je conseille de continuer l'opium à haute dose et les applications de glace, mais de remplacer la petite vessie de glace qui touchait le ventre sur un seul point par quatre vessies mises à plat.

Le 28 mai, l'état ne s'est pas amélioré, le ventre est toujours ballonné, les vomissements verts toujours abondants. Il éprouve des douleurs spontanées dans le ventre, plus intenses que les jours précédents. Quinze gouttes de laudanum ; pouls 120 — température 37,6, 38 le soir.

31 mai. — Mieux ; le ventre est moins ballonné et moins douloureux ; pouls 98. — Le malade demande à boire du lait ; on lui en donne en petite quantité, qu'il digère.

Depuis, son état s'améliore tous les jours, et 30 jours après le début des accidents. n'ayant vu aucune localisation se produire, M. Paulesco me l'envoie à l'hôpital Lariboisière. A son entrée, on ne percevait plus rien d'anormal dans le ventre, pas de sensibilité, pas de tuméfaction, ventre très souple. Après l'avoir laissé se reposer quelques jours, je crus pouvoir l'opérer le 10 juillet dernier, 35 jours après le début des accidents.

Or, voici la surprise que nous réservait l'opération. Je croyais bien être à froid, et cependant, le ventre ouvert par l'incision de Roux, je tombe sur des anses intestinales rouges, vasculaires : il s'écoule de la sérosité citrine, comme dans les péritonites récentes. L'appendice est rouge, congestionné : il est friable et ce n'est qu'avec précaution que je place le fil qui l'enserre : le méso sur lequel je place un autre fil se déchire : il en résulte une petite hémorragie vite arrêtée, mais devant cet aspect congestif des organes contenus dans la cavité péritonéale, devant cette sérosité, je n'ose pas fermer.

L'examen histologique fait par M. Paulesco montra que les lésions de cet appendice étaient surtout à la surface, et correspondaient bien à cette forme d'appendicite érysipélateuse sur laquelle cliniquement j'ai souvent attiré l'attention de mes élèves.

La muqueuse de l'appendice avait son épithélium normal ; mais à la surface, on trouvait un réseau de vaisseaux dilatés, et dans les mailles de ce réseau, des hémorragies nombreuses en voie de régression.

On trouvait enfin dans la paroi externe de l'appendice des streptocoques donnant l'explication des lésions et de la marche de cette appendicite, qui, malgré la réaction violente du début, n'avait pas suppuré et avait donné lieu à un épanchement de sérosité qui persistait encore 30 jours après le début, comme nous en trouvons dans les salpingites de même nature.

Comme je le fais dans presque tous les appendicites à froid, j'établis un drainage, qu'on peut retirer au bout de 48 heures.

Le malade guérit sans accident ; toutefois, malgré ce succès, j'ai regretté d'être encore intervenu ici trop tôt. J'aurais eu tout bénéfice à attendre, et je n'aurais pas eu à établir ce drainage, qui compromet toujours la solidité de la cicatrice.

Ces deux observations montrent donc d'une façon bien nette que dans ces formes d'appendicite où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid. Passé en effet deux mois, j'ai fait dans les mêmes conditions des opérations en trouvant des lésions dont le refroidissement absolu m'était démontré, parce que je constatais la bénignité des suites opératoires.

Restent les cas où il y a eu abcès, démontré par la présence d'une tuméfaction localisée, la matité, la fièvre, et où l'abcès, n'ayant pas été ouvert par la main du chirurgien, s'est ouvert spontanément dans l'intestin. En pareille circonstance, je crois qu'on ne saurait trop reculer la date de l'opération à froid : ce n'est plus quarante jours, mais trois, quatre, cinq mois.

On risque autrement de tomber sur des foyers mal vidés, encore virulents, dont la découverte peut être la cause d'accidents graves, dont malheureusement dernièrement on a entendu trop parler. Pour mon compte personnel, ce n'est que très tardivement et quand je suis bien sûr que tout a dû s'éteindre, que j'interviens, et en suivant cette ligne de conduite je n'ai eu qu'à me louer puisque, sur 59 opérations d'appendicite à froid, je n'ai eu qu'une mort, celle dont je viens de vous parler.

TRAITEMENT DE L'ÉTAT MENTAL NEURASTHÉNIQUE

Par le Dr Maurice de FLEURY

(*Fin.*)

Mais j'accorde que, quelques fois, l'état mental oppose au traitement ordinaire une résistance particulièrement longue et qui semble le différencier de l'état somatique.

C'est que, dans quelques cas anciens, l'état psychique, après n'avoir été pendant longtemps que le reflet de l'état des organes, finit par prendre une existence personnelle, par se constituer une sorte d'indépendance. M. Paulhan, à qui nous devons la conception de ce qu'il appelle la synthèse mentale, a bien précisé les lois de cette formation psychologique, de cette forteresse intérieure qui fait que, quand un cerveau vit depuis longtemps au cran de la tristesse et des émotions déprimées, il tourne en tristesse et en dépression tout ce qui passe à sa portée. Ce qui pour tout autre serait un sujet de contentement, devient pour lui sujet à lamentations.

Voyez encore ici le fossé qui sépare le mal de Beard de l'hystérie.

Deux jeunes hommes de ma clientèle, l'un hystérique, l'autre neurasthénique, ont reçu ce que l'on est convenu d'appeler une bonne nouvelle, et chacun d'eux a réagi d'une façon bien caractéristique. L'hystérique, qui est artiste de talent, a beaucoup souffert de se voir pendant quelques années méconnu d'une partie de la critique et du public ; sa névrose tenait évidemment à cette idée : il se trouva qu'un jour, une très haute récompense lui fut décernée par le jury et que, du même coup, plusieurs de ses tableaux se vendirent un très beau prix. Cela suffit à le guérir, on peut dire complètement de tous les symptômes appréciables de sa névrose.

L'autre, le neurasthénique, dont le mal est enraciné, est un magistrat de grand mérite, victime du double surmenage intellectuel et sentimental.

On l'a nommé ces temps derniers, chevalier de la Légion d'Honneur, et cette distinction, qui n'oblige point à payer de sa personne, n'a su déterminer chez lui qu'un sentiment de découragement plus profond; il s'est vu en proie aux railleries de tous, à trouver que l'on choisissait bien mal son moment pour décorer un demi-gâteux comme lui (textuel), et n'a cessé de redire à ses proches et à ses intimes, que le ruban rouge ne ferait que souligner amèrement le ridicule déjà si évident de sa misérable personne. Celui-là a guéri, très bien guéri, après une cure d'altitude; mais combien de lypémaniaques graves ne voyons-nous pas se décider au suicide, précisement à l'heure où leur carrière se couronne par l'élévation à un poste important. Nous avons eu dans la profession médicale un douloureux exemple de cette façon de finir.

Et si vous m'objectez encore qu'une bonne nouvelle, qu'un heureux changement de situation a parfois fait du bien à nos neurasthéniques, je ne nie pas que, dans les cas bénins, un évènement heureux puisse servir de tonique efficace, puisque souvent, un évènement malheureux est la cause qui détermine l'hypovitalité de la cellule cérébrale.

Il est temps de nous résumer.

L'hystérie nous apparaît nettement depuis les travaux de M. Pierre Janet, comme une maladie corporelle engendrée par l'idée; tandis que la neurasthénie doit se concevoir désormais comme une maladie de l'esprit née du fonctionnement appauvri de notre organisme physique. Non seulement le deux névroses ne sauraient être confondues, mais elles sont, on pourrait presque dire, le contraire l'une de l'autre. L'une d'elle nous montre le rétrécissement en surface du champ de notre conscience, l'autre se passe en oscillations verticales au long de l'échelle de nos énergies.

A maladie psychique (et la neurasthénie n'est rien autre), il faut un traitement psychique, s'écrie M. Gilles de la Tourette près de terminer ses *leçons sur les États Neurasthéniques*. C'est une assertion qu'il me paraît tout à fait impossible d'accepter désormais sans la préciser davantage.

J'affirme, pour l'avoir essayé mille fois, que la neurasthénie vraie ne guérit pas par la suggestion; que les névrosés de cette sorte ne sont justiciables de la psychothérapie que quand ils sont en même temps des hystériques et des neurasthéniques, ce qui d'ailleurs me paraît être beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit; ou bien encore, lorsque leur synthèse mentale s'est fortifiée tellement dans sa mélancolie et dans son optimisme, qu'elle s'est fait en quelque sorte une personnalité indépendante de la misère physiologique qui l'avait primitivement engendrée. C'est ainsi que l'on voit les neurasthéniques très endurcis ne pas vouloir guérir, se vautrer dans le mal, prendre en grippe, à leur propre insu, le médecin qui les améliore, tant toute leur pensée, embourbée dans son mal trouve contradictoire, et par conséquent irritante, toute source d'espoir, toute ébauche de joie qui pourraient venir jusqu'à elle. En pareil cas, il faut que le médecin sache, à un moment donné, s'effacer du traitement, qu'il envoie le malade à l'air pur des montagnes en lui conseillant d'oublier toute thérapeutique; et souvent, les neurasthéniques, débarrassés de la présence de cette sorte d'ennemi de leur personnalité maladive, achèvent, sans s'en apercevoir, de la dépouiller tout à fait.

Hors ces cas-là, un neurasthénique est passible de la suggestion dans la proportion où il est hystérique.

L'hystérie, fille de l'idée, doit guérir par l'idée, la neurasthénie, fille de la fatigue, doit guérir par la médication tonique, méthodiquement appliquée.

III

Si, maintenant, en nous guidant uniquement sur les résultats acquis dans notre pratique, nous cherchons à tracer le cadre d'un traitement efficace de l'état mental neurasthénique, nous pourrons nous convaincre que les faits observés sont d'accord avec la doctrine, et que la thérapeutique rationnelle est en même temps celle qui améliore ou guérit le mieux les malades.

Accoutumé à voir, depuis une dizaine d'années, des névropathes dont la plupart avait déjà bien des fois consulté, et qui venaient à moi en désespoir de cause, encombré de neurasthéniques endurcis qui avaient essayé quelquefois pendant plusieurs mois de tous les traitements à mesure qu'un auteur les préconisait, j'ai pourtant pu me faire une statistique qui dépasse, je crois, en améliorations franches, vraiment acquises, ou même en guérisons, les moyennes habituelles.

Ces résultats, je les dois, j'imagine, à ce que, non content d'employer exclusivement tel ou tel ordre de moyens, je me suis efforcé d'instituer une cure d'ensemble s'adressant à chaque symptôme. Je ne suis partisan ni du régime alimentaire, ni du massage, ni de la douche, ni de l'électricité, ni des injections salines, ni du repos systématique, ni du travail intellectuel gradué, en tant que moyens isolés, mais de tout l'ensemble de ces procédés, utilisés selon la prédominance de tel ou tel symptôme et dans le moment opportun.

Il n'y a guère qu'une méthode à laquelle je répugne tout à fait, c'est celle qui consiste à beaucoup droguer ses malades. L'hygiène thérapeutique suffit, on peut dire toujours, à faire à un neurasthénique tout le bien dont il est susceptible.

A mon avis, le médecin de neurasthéniques doit être armé de quelques qualités personnelles dont il faut d'abord dire un mot.

Je ne crois pas qu'il lui soit indispensable d'être très savant neuro-pathologue, ni même profond psychologue. Il faut par dessus tout que les neurasthéniques l'intéressent, qu'il ait l'expérience de leur mal, et j'irai jusqu'à dire l'expérience personnelle. Il est plutôt nuisible qu'il soit lui-même en crise de neurasthénie, dans le moment où il exerce, mais il est excellent qu'il soit passé par là, qu'il soit lui-même descendu au fond de ce trou noir, qu'il ait touché le tuf et qu'il soit revenu ensuite à la lumière. Non seulement l'exemple de sa propre guérison pourra servir d'encouragement perpétuel à ses malades, mais encore il saura leur décrire, d'une façon vécue, et de manière à leur montrer jusqu'à quel point il les comprend, tous les recoins de leurs misères physiques et intellectuelles. Les névropathes montrent plus d'abandon, plus de fidélité à un médecin qui pénètre du premier coup dans l'intimité de leur état mental, dans lequel ils reconnaissent un des leurs qui a solidement reconquis toute sa fermeté d'âme, toute sa faculté de vouloir, toute l'activité de ses muscles et de son esprit. Tandis que, s'ils frappent à la porte d'un praticien qui les tient pour malades imaginaires, tourne leur mal en railleries et paraît s'ennuyer de leurs plaintes trop longues, ils se replieront sur eux-mêmes et s'en iront pour ne plus revenir.

Or, il faut qu'ils reviennent, il faut qu'un corps à corps durable s'établisse entre le médecin et le mal, et plusieurs semaines sont nécessaires d'abord pour restituer le tonus aux muscles, l'activité aux sécrétions, l'intensité à la nutrition, et ensuite, pour rompre les habitudes contractées par les centres nerveux et réduire cette forteresse de la synthèse mentale dont nous avons parlé. Quiconque prétend guérir un névropathe avec une ordonnance, me paraît méconnaître de la manière la plus lourde la nature de la névrose et sa ténacité. Si le médecin traitant ne prend pas le parti de mettre ses malades dans une maison d'isolement — et je crois pour ma part, qu'il peut souvent s'en dispenser — du moins faut-il qu'il donne de lui-même des soins presque quotidiens afin qu'il n'y ait point de trous dans la trame qu'il doit tisser.

La première consultation doit être longue et l'examen qu'on y pratique, détaillé. Il m'arrive souvent de fixer ce premier rendez-vous pour une heure en dehors de ma consultation afin de n'être pas talonné par l'impatience d'autres malades et d'étudier à souhait le nouveau venu. Un nerveux vous est toujours reconnaissant du temps que vous consacrez à vous occuper de sa personne et cela vous permet de recueillir une véritable observation détaillée, comme on en prend guère à l'hôpital où les neurasthéniques restent peu. Il est d'ailleurs évidemment utile de s'assurer que l'on a point à faire à un paralytique général au début, à un tuberculeux latent ou même à un hystérique, la cure de l'état mental devant différer du tout au tout selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre névrose.

Le diagnostic bien posé, le premier temps du traitement doit consister dans la suppression aussi complète que possible de tous les excitants du système nerveux. Quelques-uns sont hors de notre portée comme ceux qui résultent des intempéries des saisons et des variations de l'état électrique de l'air. Nous ne pouvons guère les épargner à nos malades qu'en les envoyant pour quelques semaines dans un pays au climat stable ou sur un haut plateau. Or, ce qu'ils nous demandent presque toujours c'est de guérir sur place et sans qu'ils soient contraints d'interrompre leurs occupations, c'est la difficulté qu'il est intéressant de vaincre.

Rien ne nous y aide mieux qu'un bon régime alimentaire.

Supprimer à un neurasthénique l'alcool et toutes sortes de boissons fermentées, tous les aliments aisément putrescibles et fermentescibles, toutes les choses lourdes et de digestion pénible ; l'empêcher, au moment des repas de diluer son suc gastrique, déjà pauvre, dans des flots de liquide; le faire boire abondamment à l'heure où l'estomac est vide, de façon à laver son rein et son foie — c'est, du même coup, lui procurer une bonne détente nerveuse et mentale, une sorte d'allègement de tout son être, c'est restituer de la clarté à ses idées, de la lucidité à ses moyens d'expression.

Les partisans de la doctrine qui fait tout dériver de l'estomac, tirent de ces résultats vraiment constants, je le reconnais volontiers, cette conclusion que le traitement du syndrome de Beard tient tout entier dans le régime alimentaire. C'est aller trop loin à mon sens.

Le régime améliore indubitablement l'état mental neurasthénique : il supprime presque à lui seul l'ensemble des phénomènes d'excitation psychique, les bouffées de colère, l'énervement, les larmes, et même les crises d'angoisse, les phobies. Mais que de choses demeurent inattaquées, que de symptômes restent debout, celui-là justement que je tiens pour fondamental, la dépression intellectuelle et physique. Le régime tue l'énervement mais ne détruit pas la fatigue : il la fait à la fois plus calme et plus profonde, s'il lutte victorieusement contre l'état de tension farouche de certains névropathes chez qui la neurasthénie ne fait que masquer l'artério.sclérose commençante, il est sans action sur la fatigue et la tristesse vraie, sur la timidité, la crainte, sur la paresse et l'aboulie, qui ne disparaîtront que par le relèvement progressif, méthodique de l'énergie vitale. Mon maître, M. Albert Robin ne me démentira pas, lui qui a cru devoir joindre à l'hygiène alimentaire, qu'il sait manier mieux que personne, la précieuse médication glycérophosphatée dont il est l'inventeur.

Donc, après une première période de suppression des excitants par le régime, auquel j'adjoins le plus souvent le bain statique sans étincelles, lorsqu'on a obtenu la neutralisation, si j'ose dire, du système nerveux, il faut entreprendre le second temps de la cure, lequel consiste à redonner lentement, progressivement, sans relâche, de la force, de l'énergie et de la trempe aux cellules de l'écorce grise et, par leur intermédiaire, à toutes les fonctions de mouvement, de sécrétion, de nutrition. Quand elles seront revenues sans brusques à-coups à leur niveau normal, nous verrons le cerveau en prendre conscience et, si l'état normal n'est pas cristallisé dans de trop vieilles habitudes, nous lui verrons reprendre sa vigueur, sa confiance en lui, sa fermeté sous l'excitation constante de ces nerfs afférents lui apportant la notion de force comme ils lui apportaient naguère la notion de déchéance fonctionnelle.

Et maintenant s'il nous faut faire un choix parmi tous les moyens d'activer la nutrition que nous offre la thérapeutique moderne, j'avoue ma répugnance, excessive peut être, en face des médicaments proprement dits, de toutes ces préparations de caféine, de kola,

que je tiens seulement pour des expédients utiles dans un moment de dépression quand le médecin n'est pas là, ou dans le cas où le malade a le besoin de développer une énergie d'exception.

C'est une loi très générale à tous les agents de thérapeutique chimique que, pour un même résultat, il en faut une dose chaque jour un peu plus élevée. On observe le fait contraire quand on emploie cette autre catégorie de moyens dont l'action est surtout mécanique, à mesure qu'ils agissent ils se rendent moins nécessaires et l'on est bientôt obligé de les espacer de plus en plus jusqu'à suppression complète.

Dans son ouvrage consacré à l'*Hygiène des Neurasthéniques*, M. Gilbert Ballet insiste avec infiniment de raison sur les bienfaits de la cure d'altitude moyenne : c'est à son avis une des meilleures façons de traiter la maladie de Beard. On ne saurait assez abonder dans ce sens. Le séjour sur les hauts plateaux apporte à la nutrition une accélération vraiment très précieuse. On le sait depuis les recherches de Viault (de Bordeaux), de Egger, de Muller, qui, dans la plaine, a 4 millions de globules, et en a 6 millions et demi à 1.500 m. d'altitude. Un mémoire du Dr Chéron sur l'hyperglobulie instantanée, nous a révélé le mécanisme de ce phénomène si intéressant, dû en très grande partie, à l'hypertension artérielle, au reserrement de l'arbre circulatoire et à la concentration du sang par chasse d'eau dans les tissus péri-vasculaires. Le neurasthénique sur la montagne sent son corps léger, souple et dispos, il meurt de faim, digère avec une aisance dont il n'était pas coutumier, dort neuf heures de suite, et dès les premiers jours voit se dissiper sa tristesse en même temps qu'il cesse de ne penser qu'à lui. C'est là du moins ce qui se passe pour beaucoup de malades.

Mais, nous avons à notre disposition et sous la main, sans qu'il soit nécessaire de quitter sa maison et ses occupations un certain nombre de moyens véritablement comparables sinon tout à fait aussi complets :

Ce sont toutes les stimulations mécaniques de nos périphéries sensitives, celles qui portent sur les nerfs de la peau, comme les bains, les douches, le gant de crin, les étincelles électriques ; sur les nerfs des muscles, des aponévroses et des tendons, comme le massage ; sur les nerfs de la muqueuse respiratoire comme toutes les vapeurs et les gaz stimulants ; sur les nerfs de la muqueuse digestive comme les phosphates de soude et de chaux et les eaux salines ; sur les nerfs sensitifs des parois des vaisseaux comme les injections hypodermiques de sérum artificiel, de suc orchitique, de suc nerveux, etc., etc.

Toutes ces sortes de stimulations nerveuses, à la seule condition qu'elles soient modérées et proportionnées à la force de résistance du sujet, agissent comme la cure d'air, en déterminant de l'hypertension artérielle, de l'hyperglobulie instantanée par concentration du sang et en procurant au malade la sensation d'euphorie en lui redonnant, avec le goût de vivre, la possibilité d'espérer. Cette sensation de bien-être, accompagnée de l'hyperglobulie qui en est comme la preuve objective, palpable, Chéron et moi nous l'avons mille fois constatée après l'injection saline ; Winternitz l'a, de même observée après la douche froide, John Mitchell après le massage, M. Brouardel après le purgatif salin. L'électricité statique, les courants de haute fréquence, les bains salés, agissent de la même sorte, avec plus ou moins de bonheur, avec plus ou moins de durée. C'est à l'injection hypodermique de sérum artificiel, dont j'ai coutume de tempérer et de compléter l'effet par le bain statique, que je dois les résultats vraiment très heureux que j'obtiens ordinairement aux points de vues inséparables de l'état physique et de l'état mental. Ils ont cela d'assez commode qu'un médecin peut en faire usage dans son cabinet, gardant ainsi la direction du traitement, et revoyant assez fréquemment son malade,

pour ne rien perdre des oscillations de son activité vitale. Aussi bien, ai-je pris coutume de recueillir à chaque consultation l'état des forces au dynamomètre, les variations de la pression artérielle et du nombre des pulsations, souvent aussi celles du seuil de la sensibilité et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine ; ce sont des guides autrement sûrs que le simple aspect du malade ou l'audition de ses doléances.

Quand le mal n'est pas trop anciennement enraciné, l'état mental cède assez vite à ces sollicitations méthodiquement réitérées. Il faut prendre un peu plus de peine quand on est en face d'une synthèse mentale très fortement constituée, une forteresse presque imprenable. Ce qu'il y a de vraiment terrible en pareil cas, c'est que le malade, encore qu'il vienne vous trouver pour demander secours, ne veut littéralement pas guérir. Il s'est tellement adapté à sa manière d'être, il a si bien fini par faire son lit dans sa misère qu'il s'y tient, qu'il s'y vautre, que toute parole de consolation ou d'espoir ne fait que l'exaspérer tant elle contrarie le courant de ses idées constantes. J'ai vu parfois des neurasthéniques graves et des mélancoliques prendre en grippe le médecin qui pourtant leur faisait du bien, qui relevait leurs forces, les contraignait à se nourrir et redonnait la sensation de vie à un cerveau qui ne voulait que penser au suicide.

Chez ces malades le consentement à guérir est le premier signe du mieux. Il faut beaucoup de patience, et beaucoup de petites ruses et beaucoup de persévérance surtout pour y mener ces malheureux. C'est encore en insistant sur la médication tonique, en contraignant l'esprit à prendre conscience des résultats duement exquis que l'on y parviendra le mieux. Pour déloger ces habitudes de penser trop invétérées, pour détruire ces idées fixes non pas primitives et créatrices comme dans l'hystérie, mais secondaires, il est d'un grand secours de régler la vie du malade, de le contraindre à travailler physiquement et intellectuellement, de lui faire employer l'énergie qu'on lui donne, de le forcer à voir ce dont il est devenu capable. Le traitement par le travail qui, au début, fatigue inutilement le malade et retarde sa guérison devient très utile plus tard.

Ainsi donc le traitement psychothérapique de la neurasthénie est un traitement qui n'atteint le moral qu'à travers le physique, insistant en cela sur la nature du mal et suivant pas à pas sa trace. Sans doute le médecin qui voit fréquemment son malade gagne sa confiance, prend sur lui un heureux ascendant et lui donne du fait de sa seule présence, un sentiment de sécurité qui est d'un bon secours ; mais ce sentiment qui s'efface bien vite après la consultation pour faire place à ce sentiment de baisse vitale et de déchéance dont tout le corps parle à l'esprit n'a rien à voir avec la suggestion vraie dont seul, l'hystérique est passible. Je ne saurais assez affirmer cette vérité que je tiens pour essentielle.

Le régime alimentaire, le repos puis la stimulation méthodique de l'énergie vitale pratiqués à domicile dans les cas de moyenne gravité, et quand l'entourage du patient veut bien se prêter à la cure sans ironie ou sans attendrissement excessif, tel est le traitement à la fois le plus rationnel et le plus efficace de l'état mental neurasthénique. L'isolement, le repos forcé au lit, la suralimentation à la sonde, la méthode de Weir Mitchell doivent être réservés aux cas rebelles très graves.

C'est à cet ordre de moyens, suppression des excitants, repos, toniques, que j'ai dû de voir guérir d'une façon souvent inespérée, les cas bénins ou graves, récents ou anciens, allant depuis la dépression passagère des centres nerveux jusqu'à la folie mélancolique avec envie de suicide.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

La résection du rectum et du colon pelvien par la voie abdomino-périnéale accompagnée de l'évidement du pelvis pour l'extirpation du cancer rectal, par le Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest) (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur a employé quatre fois ce procédé, réséquant 30 à 40 cent. d'intestin : il a obtenu deux guérisons et deux morts : l'un de péritonite le cinquième jour, l'autre de collapsus cardiaque le jour même de l'opération. Ces deux derniers étaient à la limite des cas opérables, l'un par l'extension régionale énorme, l'autre par la cachexie profonde du malade.

L'opération combinée par les voies abdominale et périnéale, est supérieure à toutes les autres, parce qu'elle assure, dans les cas opérables, la bénignité immédiate de l'intervention tout en permettant de compter sur la durabilité des résultats opératoires, en éloignant, sinon en évitant la récidive. La bégninité opératoire est due : 1° à l'hémostase préliminaire parfaite qu'on obtient par la ligature préalable des hypogastriques et de l'hémorroïdale supérieure; — 2° à l'extirpation du tube intestinal, parfaitement et préalablement clos, sans risque de souiller le champ opératoire avec le contenu intestinal; — 3° au traumatisme opératoire minime, la technique étant simple, rapide et évitant toute brèche osseuse, nullement utile et toujours nuisible. La durabilité des résultats est due ; 1° à la large exérèse intestinale qui résulte de l'extirpation simultanée du rectum et d'une grande portion du côlon pelvien, quelle que soit l'étendue du néoplasme; 2° par l'exérèse régionale étendue, qui comprend le tissu cellulaire et la zone ganglionaire pelvienne en totalité, car il applique au cancer rectal les mêmes règles que pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, c'est-à-dire il pratique dans l'un et l'autre cas l'évidement complet du pelvis et de la région prélombaire; —3° Enfin, on évite toute possibilité d'infection secondaire du champ opératoire en établissant l'anus iliaque, très haut, près de l'épine illiaque antéro-supérieure et loin du champ opératoire.

Admettant en principe que l'exérèse large est la seule rationnelle dans le traitement radical de tout cancer, il faut réséquer le rectum en totalité et recourir à l'anus contre nature. Or, il est incontestable que de tous les anus contre nature, l'anus iliaque est le meilleur. Un bon appareil de contention le rend parfaitement supportable, ce qui est difficile à obtenir avec l'anus sacré ou même périnéal incontinent.

Les contre-indications à l'extirpation du cancer rectal sont : la cachexie profonde, la métastase ganglionnaire trop étendue, la métastase viscérale, l'insuffisance rénale, et l'extension régionale (pelvienne) trop étendue.

Une nouvelle modification de l'opération pour appendicite, destinée à assurer l'intégrité de la paroi abdominale par le Dr Robert F. Weir (New-York). (*XIIIe Congrès international des Sciences médicales*). — Voici une modification du procédé intra-musculaire de Mac Burney, qui ne donne qu'un champ opératoire restreint situé entre l'épine antérieure et supérieure et le bord du muscle droit. L'auteur de cette méthode en limita sagement l'application aux cas qui devaient être opérés pendant les intervalles des attaques « à froid », comme disent les chirurgiens français. Néanmoins, un certain nombre de chirurgiens ont essayé d'employer cette façon de faire dans les cas aigus, mais, ou bien ils se sont trouvés embarrassés par l'étroitesse du champ opératoire, ou bien ils se sont vus forcés d'agrandir l'ouverture de la paroi abdominale. L'auteur a proposé qu'après l'ouverture de la cavité péritonéale, au moyen du procédé de Mac Burney, et alors qu'on s'est vu dans la né-

cessité de se faire plus de place, on arrive à cet élargissement en soulevant la partie interne de l'aponévrose incisée du muscle oblique externe, soit avec les doigts, soit au moyen de la partie mousse des ciseaux et cela jusque près de la ligne médiane. Ce procédé découvre la gaine antérieure du muscle droit. Cette enveloppe est ensuite incisée transversalement, puis le muscle droit est tiré fortement vers l'intérieur, ce qui en découvre la gaine postérieure. Celle-ci, à son tour, est incisée transversalement ce qui continue l'ouverture première du péritoine et donne une ouverture qui s'étend depuis l'épine antérieure et supérieure jusqu'à la ligne médiane. Des écarteurs agrandiront commodément cet espace et donneront un champ étendu permettant d'opérer à l'aise dans l'abdomen.

L'opération une fois terminée, la gaine postérieure incisée du muscle droit ainsi que le péritoine sont fermés au moyen d'une suture au catgut interrompue ou continue, qui peut être appliquée à la plaie entière, à moins que l'on ne juge bon d'opérer un drainage. Le muscle droit que l'on avait rétracté est laissé libre de revenir à sa position première. Sa gaine antérieure est soigneusement fermée au moyen de sutures au catgut encore plus fortes. Après quoi, les bords de la gaine incisée du muscle oblique externe sont à leur tour affrontés et suturés. La suture de la peau complète l'opération.

Weir a employé ce procédé dans 62 cas ; dans 27 de ces cas, il y a eu des complications inattendues. Des 35 autres cas, tous, sauf un seul pour grossesse ectopique, furent opérés d'une façon semblable pour appendicite aiguë. Dans la plupart de ces derniers cas, on eut recours au drainage pendant 2 ou 3 jours ; ce drainage fut assuré au moyen de bandes minces de caoutchouc (et non de gutta) qui furent pliées sur elles-mêmes, ce qui permit un prompt enlèvement. Une suture provisoire au catgut, disposée au moment de l'opération, peut être utile au moment de l'enlèvement du drain et peut servir, quand l'écoulement a été faible, à fermer l'orifice de drainage.

Jusqu'ici, il ne s'est pas ensuivi de hernies, mais il faut encore des délais pour pouvoir juger pertinemment de ce point.

Cette méthode opératoire a été adoptée par plusieurs autres chirurgiens américains et notamment par Fowler (de New-York), qui en publia ensuite un exposé semblable.

Péricardotomie à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen. par A. Voinitch-Sianopentzky (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Med.*, Paris 1900). — La péricardotomie par une seule incision longitudinale à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen est tout à fait simple et facile.

L'incision correspondant exactement à l'axe anatomique du médiastin antérieur donne la possibilité de pénétrer dans le péricarde sans intéresser la plèvre et de la façon la plus sûre quelle que soit la dimension de l'épanchement péricardique.

Ce procédé doit être préféré absolument pour les cas des petits épanchements péricardiques ou lorsqu'il est impossible de diagnostiquer le volume de l'épanchement.

L'incision longitudinale peut être agrandie sans aucune difficulté en bas jusqu'au fond du péricarde aussitôt que celui-ci est découvert, grâce à quoi on peut toujours obtenir le meilleur drainage quelle que soit la disposition du fond du péricarde.

Le tubercule de la sixième articulation chondro-sternale gauche est un point de repère de l'incision et de la ponction du péricarde.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Le traitement des affections du tube digestif par le massage vibratoire électrique par le Dr Jules Geoffroy (XIIIe *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900). — Depuis plusieurs années le Dr Jules Geoffroy s'est attaché à démontrer que, contrairement aux opinions ayant actuellement cours, l'atonie vraie du tube digestif était un état fort rare et que, en dehors des paralysies et des affections du système nerveux central, elle ne se rencontrait qu'à une période très avancée des affections du tube digestif.

Au contraire, toutes ces affections présentent, soit dès leur début, soit à un moment quelconque de leur développement, un phénomène de réaction qui se traduit par un spasme ou une contracture de la fibre musculaire, en des points que leur situation ou leurs connexions anatomiques rendent ou plus susceptibles, ou moins résistants, ou plus exposés. Ce sont là des faits dont il n'est pas difficile de citer des exemples.

L'auteur a déjà démontré le rôle du spasme intestinal dans les *vomissements de la grossesse* (Moscou, 1897); cette année, dans une autre section de ce Congrès, il s'est efforcé de faire saisir le rôle prépondérant que jouent le spasme et la contracture dans la production de l'entérite muco-membraneuse.

Ces spasmes et ces contractures, que le palper révèle, — quand on le pratique convenablement, — sous forme d'indurations partielles, de bosselures ou fausses tumeurs, sont donc, en somme, des effets d'excitation ou de réaction. Il est de toute importance de les faire disparaître, car, à leur tour, ils réagissent sur les portions du tube digestif non encore atteintes et exercent sur la circulation, l'innervation et la progression des aliments ou des fèces une influence des plus néfastes.

Aucun remède, aucun médicament, aucune pratique actuellement connue n'est capable de triompher de l'état de malaise général, de souffrance physique ou morale, de déchéance organique créé et entretenu par la contracture, tant qu'elle existe; il faut donc, à tout prix, chercher à triompher de cet état. C'est à cette tâche que le Dr Jules Geoffroy s'est appliqué. Il y est arrivé d'abord par un traitement manuel, qui n'emprunte au massage que son nom, et que l'auteur a désigné d'une appellation qui vaut une définition, la *palpation prolongée*.

La palpation prolongée n'a donné que d'heureux résultats; mais elle a certains inconvénients, dont le premier est la longue durée du traitement. Enhardi par le succès, l'auteur s'est alors adressé au massage vibratoire électrique et les résultats en ont été si heureux qu'il n'emploie plus la palpation prolongée que comme méthode de diagnostic et quand il n'a pas ses instruments à sa disposition. Mais, et c'est ici le point important de la méthode, à l'inverse des médecins qui, fascinés par les théories courantes de l'atonie, demandent à la vibration la force et la violence, qui veulent réveiller quand même la fibre musculaire déjà galvanisée elle-même par la contracture, il s'est ingénié à n'employer que des instruments capables d'agir avant tout *avec toute la douceur* qui est nécessaire pour réussir.

Chose curieuse, les vibrations ainsi employées constituent un *calmant* d'une puissance extraordinaire, capable de rompre rapidement le spasme ou la contracture des fibres musculaires lisses du tube digestif et de les ramener à leur fonctionnement normal.

Le massage vibratoire est indiqué chaque fois qu'il y a malaise, souffrance ou mauvais fonctionnement du côté des voies digestives, cette souffrance, ce mauvais fonctionnement étant toujours accompagnés de spasme ou de contracture.

Il ne faut pas reculer devant les cas qui paraissent les plus graves; ce sont souvent ceux qui donnent les plus beaux succès, à la condition qu'on agisse avec précaution.

Mais le massage vibratoire étant une arme à deux tranchants, capable d'exciter ou de calmer, suivant la façon dont on l'emploie, ne doit pas sortir des mains du médecin. Chaque application réclame un diagnostic local exact; il faut que la main précède l'instrument à la recherche de la contracture, le dirige sur les points atteints et en modère la force, suivant le degré d'intensité du mal. C'est à ce prix qu'est le succès.

Traitement de la lithiase biliaire par M. Doyen. (*XIIIe congrès internat. des Sc. Med.*, Paris 1900). — Les accidents de la lithiase biliaire réclament l'intervention du chirurgien dans une série de cas bien déterminés, soit que leur gravité exige une intervention immédiate, soit que leur persistance et leur incurabilité par les moyens médicaux constituent à la fois un état pathologique chronique et une menace pour l'avenir.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les symptômes qu permettent de porter le diagnostic de lithiase biliaire dans les cas ou il n'y a jamais eu d'ictère. Il suffira de dire que la présence des calculs dans la vésicule et le cystique seuls n'est pas rare et que dans ces cas il peut ne pas exister de tumeur. Souvent, au contraire, la vésicule, enflammée et rétractée sur les calculs, se trouve enfouie à la face inférieure du foie au milieu de nombreuses adhérences coliques et duodénales.

Trois cas chroniques peuvent se présenter :

1° Il y a eu une ou plusieurs crises passagères d'ictère;

2° L'ictère est permanent;

3° Il n'y a jamais eu d'ictère.

1° Le premier cas est le plus simple et correspond le plus souvent à la présence de calculs libres dans la vésicule.

On extrait fréquemment de ces vésicules 200 à 400 calculs de petit volume. Si l'opération est faite en dehors d'une période d'ictère, le cathétérisme du cholédoque est inutile;

2° Lorsque l'ictère s'établit d'une manière permanente l'opération doit être faite dans les deux ou trois premiers mois si l'on veut réunir toutes les conditions de succès. L'indicatien opératoire est ici impérieuse et doit être envisagée dès la cinquième ou la sixième semaine au plus tard;

3° Lorsqu'il n'y a jamais eu d'ictère, la présence de calculs dans la vésicule et le canal cystique est presque toujours décelée par une douleur locale persistante. Losrque la vésicule est atteinte d'hydropisie elle est facile à percevoir par le palper et peut atteindre, dans certains cas, le volume du poing ou davantage.

Le premier point est donc de déterminer si l'opération doit être faite.

On a vu que l'indication impérative était l'établissement d'un ictère permanent et progressif.

La répétition de crises de coliques hépatiques et l'obstruction du cystique exigent également l'opération lorsque les symptômes refusent de s'amender.

C'est ici que la question devient délicate : quelques médecins ont, en effet, compliqué comme à loisir la nomenclature des opérations possibles sur les voies biliaires comme si leurs néologismes barbares devaient être la clef des cas difficiles.

La chirurgie des voies biliaires est féconde en complications imprévues. Il est donc oiseux de discuter avant l'opération ce qui devra être fait.

Le ventre doit être ouvert verticalement, au niveau du point sensible ou de la tumeur, s'il en existe une.

Le foie est reconnu, puis la vésicule, si elle est accessible.

(*A*) La vésicule est libre d'adhérences. Le champ opératoire est garni de compresses stérilisées et la vésicule est incisée. S'il n'y a pas d'ictère, l'intervention se réduit à l'évacuation de la vésicule et à l'extirpation des calculs du cystique, suivie ou non du cathétérisme du cholédoque.

La vésicule peut être soit simplement suturée en cordon de bourse, soit partiellement réséquée après écrasement et ligature en masse, soit extirpée.

L'auteur incline vers l'extirpation de la vésicule depuis qu'il a pu rendre cette opération inoffensive en ayant l'idée de la faire par la méthode sous-péritonéale, méthode qui permet de fixer la collerette péritonéale au niveau de la suture pariétale et par conséquent d'éviter tout danger d'irruption de la bile dans le péritoine.

(*B*) Si la vésicule est entourée d'adhérences inflammatoires, ces adhérences sont détachées avec le doigt et l'opération est continuée comme plus haut.

(*C*) Les cas les plus difficiles sont ceux où la vésicule est rétractée à la face inférieure du foie et enfouie au milieu d'une masse énorme d'adhérences inflammatoires. Presque toujours ces complications se présentent chez des malades atteints d'ictère chronique par obstruction calculeuse du cholédoque. L'auteur a obtenu d'excellents résultats dans plusieurs de ces cas en évitant de détacher très loin les adhérences et en pénétrant, par un ponction transhépatique, tout droit dans ce qui reste de la vésicule. Cette manœuvre se fait sans danger quand on possède l'expérience requise. Il a guéri par cette opération, il y a huit mois, une femme de trente-cinq ans, atteinte d'ictère depuis dix-huit mois et chez laquelle l'extraction des calculs a été d'une difficulté extrême.

(*D*) L'extraction des gros calculs du cholédoque, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences anciennes par l'incision de ce canal, est une opération facile et sans gravité lorsqu'elle est faite avant que le foie ne soit atteint de cirrhose.

(*E*) L'anastomose de la vésicule biliaire avec le duodenum n'est indiquée que dans des cas très rares d'obstruction cicatricielle du cholédoque ou de l'ampoule de Vater.

L'auteur a voulu indiquer sa conduite en présence des cas graves de lithiase biliaire afin de démontrer que l'intervention, tout en ne pouvant être précisée avant l'ouverture du ventre, est toujours possible, et ne comporte pas de manœuvres très compliquées. Il a même été frappé de la bénignité remarquable de toutes les opérations qu'il a faites pour la lithiase biliaire, en dehors de deux ou trois cas d'obstruction complète du cholédoque, opérés sans succès en pleine cirrhose compliquée d'infection biliaire ascendante. Il signalera pour terminer, deux cas où il a constaté l'évolution d'un carcinome inopérable développé sur une vésicule calculeuse et qu'une opération précoce eût certainement prévenue.

Lithiase biliaire prise pour une appendicite : cholécystostomie trans-hépatique (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900), par M. Henry Reynès (de Marseille). — La lithiase biliaire est souvent méconnue et confondue avec diverses affections : obstruction intestinale, cancer de l'estomac, rein mobile, cancer du sein, lithiase rénale, hydronéphrose, certaines affections vésicales, etc. Ces diverses erreurs publiées par des chirurgiens modernes, n'ont été reconnues qu'à l'ouverture du ventre.

L'auteur a observé une femme de 60 ans, ayant eu, il est vrai, des accidents de lithiase biliaire, mais présentant actuellement les symptômes d'une appendicite à rechutes, avec plastron iliaque, point de Mac-Burney très net, douleurs partant de la fosse iliaque, et sans ictère.

Il opéra par l'incision classique de l'appendicite, mais il trouva dans la fosse iliaque une tumeur inflammatoire chronique partant du cœcum et remontant jusqu'au bord tranchant du foie ; la face inférieure et la vésicule étaient inexplorables, cachées dans un inextricable bâtis d'adhérences anciennes. Il prolongea l'incision iliaque jusque sur la face antérieure du foie, donna un coup de trocart dans la direction de la vésicule en pleine face convexe ; le trocart s'arrêta dans une masse de graviers. Il fendit le foie sur le trocart, et obtint ainsi, sans hémorragie sérieuse, une brèche trans-hépatique par laquelle la vésicule fut vidée de ses calculs et drainée après avoir suturé le péritoine aux lèvres de l'incision hépatique.

M. Terrier, en 1895, a publié un cas analogue

de lithiase biliaire prise pour une appendicite et traitée comme telle ; à l'opération, on reconnut l'erreur et on dut modifier le plan opératoire.

Gastro-entérostomie, par le Dr A. Monprofit (d'Angers) (XIIIe *Congrès intern. des Sc. médicales*). — La gastro-entérostomie employée tout d'abord uniquement contre les tumeurs inopérables du pylore, peut être employée aussi comme palliatif dans les tumeurs malignes de l'estomac qui n'intéressent pas le pylore. Ces malades sont soulagés et obtiennent aussi une survie.

La gastro-entérostomie et la gastrotomie ne doivent pas être opposées l'une à l'autre, mais on doit plutôt s'appliquer à bien déterminer les limites où elles s'arrêtent l'une et l'autre. On a aujourd'hui moindre tendance à enlever au prix de délabrements considérables les tumeurs volumineuses, étendues et adhérentes. Ces cas bénéficient beaucoup plus de la gastro-entérostomie. Au contraire, les tumeurs limitées petites et mobiles du pylore sont enlevées avec d'excellents résultats.

Les procédés successivement employés ont été celui de la gastro-entérostomie antérieure de Wolfler qui ne donne pas toujours de bons résultats; puis ceux qui sont les plus employés de Von Acker et de Roux. Les procédés d'affrontement par le bouton de Murphy ou selon la pratique de Souligoux ont leurs partisans ; nous avons toujours employé les sutures qui nous donnent les meilleurs résultats.

M. Monprofit ne fait pas de coprostase, il se contente de protéger avec beaucoup de soin la cavité abdominale. Lorsque l'estomac est très distendu par des liquides, on le vide au moyen d'un tube en caoutchouc introduit par une ponction faite à la muqueuse avant son incision complète.

Suivant l'exemple de Roux, l'auteur alimente ses malades aussitôt que possible et leur donne d'abord des liquides, puis des aliments solides dès les premiers jours.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par les effluves de haute fréquence du résonnateur Oudin, par le Dr Gandil (*Congrès int. d'Electr. et de Rad. médicales*, Paris, 1900). — L'auteur communique l'observation d'un premier malade âgé de vingt-sept ans, porteur de lésions du sommet gauche, en rapport manifeste avec une infiltration tuberculeuse de ce sommet, avec formation de cavernules. L'examen bactériologique des crachats avait révélé la présence d'un grand nombre de bacilles de Koch. Le malade était en proie à une toux incessante, il expectorait abondamment des crachats jaune verdâtre. Il était essoufflé au moindre effort. Il avait quotidiennement deux ou trois selles diarrhéiques. Un traitement par la créosote et par l'huile de foie de morue à hautes doses (jusqu'à 14 cuillerées à soupe par jour) n'avait pas enrayé la marche progressive de la lésion tuberculeuse. Le malade était soigné dans un asile privé; son alimentation laissait beaucoup à désirer et la nuit, il dormait dans une pièce où étaient hospitalisés deux autres tuberculeux avancés.

C'est dans ces conditions qu'il fut soumis à un traitement par des effluves de haute fréquence, sans qu'aucun changement fût apporté aux circonstances de régime alimentaire et d'habitat. Déjà au bout de 7 jours de traitement, une amélioration manifeste était survenue dans l'état du malade. Cette amélioration alla en s'accentuant; au bout de 27 jours de traitement, le malade avait augmenté de trois livres. Il avait bon appétit et bon sommeil, il ne vomissait plus que pour cracher, c'est-à-dire tout au plus quatre à six fois par vingt-quatre heures. Les crachats ne contenaient plus que quelques rares bacilles de Koch.

Somme toute, cette amélioration si considérable a été obtenue en quatre semaines de temps, sans que rien eût été changé aux conditions déplorables d'alimentation et d'hospitalisation, que subissait le malade, et en dehors de toute médication active.

Le Dr Gandil conclut qu'avec les effluves de haute fréquence on peut obtenir encore à une période avancée de la tuberculose pulmonaire chronique, même chez des malades placés dans des conditions défavorables d'alimentation et de milieu ambiant, des améliorations de l'état général et de la lésion locale, qu'on ne saurait espérer avec n'importe quel traitement médicamenteux, eu égard surtout à la rapidité avec laquelle ces résultats sont obtenus.

La cure de repos chez les phtisiques, par le Dr Samuel Bernheim de Paris (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur déclare que cette médication appliquée depuis plusieurs années dans les Sanatoria ne doit plus être considérée comme une méthode empirique. Il en donne les interprétations scientifiques suivantes :

1° Dans le traitement du phtisique, la cure de repos est le complément indispensable du séjour au grand air et de la suralimentation.

2° Comme les poumons participent à tou surmenage, les effets de cette fatigue produisent une congestion active au niveau du foyer tuberculeux et souvent des déchirures de vieilles adhérences. C'est pour ce motif qu'on observe si souvent chez les tuberculeux des hémoptysies, des douleurs thoraciques ou des pneumothorax survenant à la suite d'un effort quelconque.

3° Tout organisme qui fatigue, produit des déchets organiques plus abondants. Ces déchets sont encore augmentés chez le phtisique surmené, qui, à la suite d'une fatigue mobilise ses bacilles de Koch, d'où une véritable auto-intoxication qui se traduit par des phénomènes fébriles.

4° La suralimentation et la vie au grand air ne profitent au tuberculeux que s'il est soumis au repos absolu, il y a donc là encore une raison d'économie nutritive.

5° Enfin la sédation a un dernier rôle dans l'infection tuberculeuse : le repos empêche la généralisation des bacilles de Koch.

6° On doit donc prescrire la cure de repos à tout phtisique qui a de la fièvre et chez qui on observe des symptômes cliniques d'actualisation tuberculeuse. On ne permettra l'exercice qu'après disparition de ces troubles, mais encore le malade restera-t il pendant un certain temps sous la haute surveillance médicale.

7° Cette cure de repos peut se pratiquer partout, pourvu qu'elle soit appliquée d'une façon disciplinaire, et pourvu que dans ce climat il n'y ait pas de vents violents et de poussières bacillifères.

Six cas de maladie chronique du cœur, traités par Victor Neesen, (*New-York Medical Journal*, 10 mars 1900). — On sait en quoi consiste la méthode de Schott de Nauheim : au lieu de traiter les affections cardiaques par le repos au lit et les toniques cardiaques, Th. et A. Schott ont recours aux exercices systématiques accompagnés de bains stimulants.

Les bains présentent tous les degrés depuis un pour cent de sels, jusqu'aux bains d'acide carbonique liquide. Les premiers bains sont donnés à la température de 33° c. à la dose de 1 à 3 0/0 de sel et l'immersion dure cinq à six minutes. Après chaque bain, le malade reste au lit une heure ou plus, la teneur en sel du bain est peu à peu augmentée : ce résultat est obtenu par l'addition de boues de Nauheim. A la suite de ces bains, la force de l'impulsion cardiaque augmente. Les exercices contribuent au même résultat. Ce traitement est contre-indiqué dans les cas d'artério-sclérose avancée, d'anévrisme de l'aorte, et dans tous les cas de maladie fébrile du cœur. A l'appui de son opinion, l'auteur rapporte le cas d'affections cardiaques très améliorées par ce traitement.

P. Sainton.

Traitement chirurgical des œdèmes d'origine cardiaque (*Wratch*, n° 20, 1900). — Schwartz publie à ce sujet un important travail concernant les traitements mécaniques liés à la suppression immédiate du liquide. Après avoir rapidement passé en revue les différentes manières de voir sur le mécanisme de formation des œdèmes dans les affections cardiaques, l'auteur montre la grande importance du traitement chirurgical dans les affections cardiaques à la période où toutes les substances thérapeutiques habituellement employées restent inefficaces. Dans ces cas, seule la suppression mécanique du liquide extravasé, suppression qui allège le travail du cœur, peut apporter quelque amélioration. Cette suppression mécanique a, en outre, les deux avantages suivants :

1° On ne met pas à contribution la tonicité cardiaque, si l'on ne compte pas l'augmentation de la diurèse qui est souvent la conséquence de l'amélioration des fonctions cardiaques, grâce à la diminution des obstacles périphériques.

2° L'économie n'est pas traversée par une grande quantité de substances nuisibles contenues dans le liquide extravasé, substances qui déterminent parfois une intoxication générale dans les cas où l'on provoque par des toniques et des diurétiques, une absorption rapide de l'œdème. A côté de ces avantages, il faut citer un inconvénient : la possibilité d'infection.

Différents procédés ont été préconisés pour le traitement des œdèmes d'origine cardiaque : acupuncture, incision profonde de la peau, petits tubes d'or de Klaatsch, tube de Furbringer, etc. L'auteur qui a eu l'occasion d'observer de bons résultats obtenus par ce mode de traitement, termine son travail en formulant les conclusions suivantes :

1° Tout individu présentant des troubles de compensation cardiaque, doit être mis au lit dans l'attitude qui lui paraît la plus commode; dans les cas où il ne peut pas rester couché, il faut mettre à sa disposition le plus grand nombre de points d'appui possible pour différentes régions du corps.

2° Si le repos et la digitale à doses moyennes ne produisent pas d'action favorable au point de vue de l'augmentation de la diurèse et de la diminution des œdèmes, il faut en entreprendre le traitement mécanique.

3° Dans les cas où il existe des œdèmes viscéraux, il est préférable de se borner à la suppression de ces œdèmes, car la diminution de résistance ainsi obtenue a parfois pour consé-

quence le rétablissement de l'équilibre cardiaque.

4° Les différents procédés mécaniques que nous avons rapidement énumérés plus haut ne doivent faire craindre ni l'érysipèle, ni la gangrène, à la condition, bien entendu, d'observer strictement les règles de l'antisepsie et de l'asepsie.

5° Parmi les différents procédés préconisés, le plus simple consiste à faire de profondes incisions, mais ces incisions exigent une surveillance attentive et des pansements fréquemment renouvelés. Aussi peut-on très bien se servir de petits tubes inoxydables et du tube de Furbringer.

6° La suppression mécanique du liquide conserve les forces du cœur en lui épargnant le travail nécessaire pour faire transporter le liquide des tissus dans les reins.

7° Il faut éviter la suppression trop rapide des œdèmes, suppression pouvant déterminer la mort subite du malade.

8° Etant donnés tous les avantages de ce traitement et le danger presque nul d'infection ou de mort subite, ce traitement mérite une large application, surtout dans de bonnes conditions de propreté et d'antisepsie.

9° Enfin, il ne faut pas considérer ce traitement comme le suprême refuge, car avec cette manière de voir, on risque de n'y avoir recours que lorsqu'il ne pourra plus secourir un cœur complètement épuisé.

Dr Roubleff.

Traitement kinésique de la syncope (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 juin 1900). — Stapfer recommande, en présence d'une syncope, la manœuvre suivante :

Exécuter quelques frictions circulaires sur la région épigastrique, ou mieux, saisir, même à travers les vêtements, même dans la station assise, à pleine main, mais *sans violence*, la peau, la sangle musculaire abdomidale et les viscères sous-jacents de la région ombilicale, et exercer deux ou trois malaxations *intermittentes*. Dans bon nombre de cas, peut-être dans la majorité, le syncopé ou la syncopée recouvrent les sens si complètement que même l'inévitable et plus ou moins durable sensation de malaise disparait.

Des procédés *en apparence* analogues, tels que la flagellation du creux épigastrique, procédé inférieur et même mauvais ou dangereux si la flagellation est brutale, ont été empiriquement employés contre la syncope; mais on n'a pas que je sache, interprété leur succès, pas plus que la cause de la syncope, et ces deux phénomènes sont excessivement curieux.

Cette sorte de résurrection est expliquée pour l'auteur par l'éveil du réflexe dynamogénique cardio-vasculaire que met en jeu le massage abdominal.

Quelques explications sont nécessaires pour expliquer ce que l'auteur entend par ce terme.

Les manœuvres exécutées par Brandt dans le massage abdominal consistent essentiellement dans un mouvement monotone de friction circulaire intermittente non à fleur de peau mais sur les tissus sous-jacents plus ou moins déprimés; à ce mouvement s'ajoute une vibration presqu'invisible de la main.

Les résultats remarquables obtenus sur l'état général par des mouvements aussi peu compliqués imposent l'idée d'une dépendance étroite entre la circulation locale abdominale et la circulation générale, et que le massage abdominal provoque un réflexe puissant modifiant les centres vase-moteurs dans le sens de l'excitation. Cette conclusion est, à première vue, en contradiction complète avec la célèbre expérience de Goltz (inhibition des mouvements cardiaques par tapotement de l'abdomen chez les petits animaux). Stapfer, en remplaçant, dans des expériences faites dans des conditions identiques, le tapotement brutal par un massage très léger, intermittent, a obtenu tout au contraire une excitation cardiaque. Mais, chez les seuls batraciens, on trouve quelques sujets présentant le réflexe inhibitoire.

Ce réflexe dynamogénique du massage abdominal est d'un puissant secours contre la syncope, car une série d'expériences ont démontré à l'auteur qu'il existe une syncope par parésie des vaisseaux abdominaux et contraction du cœur, ce que l'examen des faits journellement observés démontre du reste cliniquement. Tout médecin un peu expert en obstétrique et en gynécologie sait en effet que les syncopes sans hémorragie proprement dite sont fréquentes au moment de la délivrance, dans la période prémonitoire des avortements avant l'extravasation sanguine, pendant la grossesse, au début des règles avant l'exsudation sanguine. De plus, quantité de collapsus, de chocs, de syncopes, suivis ou non de mort, surviennent à la suite de contusions du ventre ou au cours de lésions abdominales.

Ces accidents sont sans doute imputables à une paralysie vasomotrice d'un territoire vasculaire de l'abdomen et à la soif passagère, du cœur olighémié qui se rétracte, d'où syncope: mais ce n'est pas une syncope par inhibition; c'est le contraire.

L'auteur, conformément à ces idées que la logique impose, a appliqué souvent au traitement de la syncope par olighémie du cœur la malaxation du paquet viscéral, ou, chez les femmes grosses et dont l'utérus est volumineux, la fric-

tion circulaire épigastrique et a été frappé de l'instantanéité des résultats. On renvoie ainsi au cœur et au cerveau le sang qui leur manque.

Il importe seulement, de distinguer nettement la syncope par olighémie cardiaque de la syncope par inhibition.

Dans la première et dans la seconde le collapsus existe, mais dans la première le pouls petit et dur file en queue de rat, tandis que dans la seconde le pouls est mou et très lent, quand l'arrêt du cœur n'est pas complet.

De plus, dans l'olighémie cardiaque, comme il y a olighémie concomitante de la circulation périphérique, la pâleur des tissus est de règle; on n'observe jamais de cyanose. D'après les expériences *physiologiques* de l'auteur, la malaxation du paquet viscéral, remède héroïque de la syncope par olighémie cardiaque est inefficace, peut-être dangereuse lorsqu'il y a inhibition cardiaque. Heureusement, la syncope par olighémie cardiaque serait beaucoup plus fréquente que la syncope par inhibition.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Des fistules paratympanales et de l'évidement pétro-mastoïdien spontané dans les otites moyennes suppurées par le Dr Aimar Raoul (de Nancy (*XIIIe Congrès internat. de méd.* Paris 1900). — Depuis le travaux de Luc, Lubet-Barbon et Broca, de Lombard, de Mignon et de Weissmann, on sait que les suppurations de l'apophyse mastoïde peuvent s'ouvrir directement dans le conduit osseux. Tantôt, cette ouverture se produit au niveau des cellules mastoïdiennes limitrophes, tantôt au niveau de l'antre. Il se produit dans ces cas divers, une ostéite, puis une nécrose de l'os au point le plus faible, et la suppuration se fait jour dans le conduit, parfois même sans qu'il y ait perforation de la membrane du tympan. Souvent en effet, dans ces cas, la suppuration tympanale après s'être propagée à l'antre et aux cellules mastoïdiennes rétrocède, tandis qu'elle continue à évoluer dans ces dernières cavités. Ces ouvertures continuent à suppurer par des fistules situées au niveau de la paroi postérieure du conduit osseux.

L'auteur, se basant sur les observations des auteurs précités et sur plusieurs observations personnelles, admet deux types de fistules s'ouvrant dans le conduit osseux :

1° *Des fistules postéro-inférieures* dues à l'ouverture des cellules mastoïdiennes limitrophes inférieures qui, parfois, peuvent être seules atteintes, soit que l'antre ne participe pas à la suppuration, soit qu'il n'existe pas. Ces fistules siègent ordinairement à la partie externe du conduit osseux, donc à une certaine distance de la membrane du tympan.

2° *Des fistules postéro-supérieures* dues à la nécrose de la paroi inférieure de l'antre ou des cellules limitrophes supérieures, ou le plus souvent de ces deux ordres de cavités à la fois. Ces fistules sont situées contre la M. T., et elles sont limitées dans les cas chroniques par une arcade membraneuse se continuant en avant avec la membrane du tympan et en arrière avec la peau du conduit. Le cadre osseaux tympanique peut être détruit.

L'auteur cite un cas dans lequel la lésion rentrant dans ce second type était bi-latérale. Dans ce cas, il existait au-dessous de la fistule une notable dépression de la partie profonde de la paroi postérieure du conduit; il pense qu'il y a eu en même temps destruction de la paroi des cellules limitrophes inférieures et de la paroi inférieure de l'antre.

Dans un autre cas, la perte de substance était encore plus acccentuée et il existait une large cavité bordant la partie postérieure de la M. T., dans toute sa hauteur, et séparée d'elle par le cadre osseux tympanique qui paraissait intact.

Partant de ces faits et les comparant à deux observations personnelles où il y avait réunion complète de l'attique de l'antre et probablement des cellules limitrophes, il établit une analogie entre ces divers stades de la destruction osseuse

Traitement médico-chirurgical de l'Otorrhée Par M. le Dr C. Miot (de Paris). (*XIIIe Congrès des sc. méd.*, Paris : 1900). — L'auteur fait une communication sur le *traitement médico-chirurgical de l'otorrhée*. Il parle d'abord des divers traitements médicaux humide et sec, donne la préférence au traitement humide et n'a recours au traitement sec que lorsque l'écoulement n'est plus qu'un léger suintement. Il ne se décide à une intervention chirurgicale qu'après l'application de ce traitement pendant cinq ou six mois. Il insiste beaucoup pour qu'il soit continué plus longtemps, chez l'enfant, sans intervention, sauf urgence, parce qu'on obtient souvent des guérisons, même dans les cas de carie, surtout si on peut ajouter au traitement un séjour prolongé au bord de la mer. C. Miot signale ensuite la nécessité de soigner les régions voisines et d'instituer un traitement général.

Une intervention chirurgicale s'imposant, l'auteur fait d'abord l'ablation des polypes, s'il en existe, avec cautérisation des pédoncules,

parce que ce moyen suffit souvent à guérir l'écoulement. Il indique ensuite les diverses opérations à pratiquer, en dernier ressort, et le procédé opératoire à choisir, suivant les cas. Il donne la préférence à l'ablation des osselets, du tympan ou de ce qui en reste suivie, à titre de traitement consécutif, d'injections, instillations, curetage, écouvillonnage, cautérisation), dans tous les cas de perforation de la membrane de Schrapnell, ou postéro-supérieure du tympan, de bourgeons charnus de l'attique, récidivant après deux ablations suivies de cautérisation et dans ceux de suppuration fétide des parties supérieures de la caisse ayant résisté au traitement médical. L'auteur développe ensuite les avantages de l'ablation de la chaîne, qui permet de traiter l'attique et l'antre et de guérir souvent sans autre opération. Dans les cas de dislocation de la chaîne, de fistule aux parois postérieures ou supérieures du conduit, il fait le Stacke, si les lésions n'intéressent que les cellules de la base de l'apophyse et complète ce procéde par un large évidement de l'apophyse mastoïde par sa paroi externe quand les lésions sont plus étendues. Dans tous les cas probables d'apophyse éburnée, son procédé de choix et aussi celui de Stacke plus ou moins modifié; l'apophyse est à peu près indemne, et la région envahie n'intéresse guère que le massif osseux compris entre l'extrémité interne de la paroi postérieure du conduit et la paroi externe de l'antre.

Pour opérer les cholestéatomes, l'auteur emploie aussi le procédé de Stacke-Kuster, modifié en ce sens qu'il ménage la chaîne des osselels, si elle est saine et si c'est possible. En présence d'un vaste cholestéatome, il ouvre de plus, les cellules par la paroi externe de l'apophyse afin de creuser les parties malades au delà des limites pathologiques.

C. Miot choisit le procédé de Schwartze, plus ou moins modifié, toutes les fois qu'il existe une suppuration abondante avec perforation tympanique n'intéressant ni membrane de Schrapnell, ni la partie postéro-supérieure du tympan. L'auteur insiste ensuite sur les soins post-opératoires, parle des résultats de ces divers traitements au point de vue de l'audition, et termine par les conclusions suivantes :

1° La plupart des otorrhées guérissent sans opération, surtout chez les enfants, recevant des soins médicaux et placés dans de bonnes conditions hygiéniques;

2° Chez l'adulte, une intervention chirurgicale ne doit être pratiquée, sauf urgence, qu'après un traitement médical de cinq à six mois de durée, permettant souvent d'éviter cette intervention;

3° Cette intervention s'imposant, il faut apporter le plus grand soin au choix du procédé opératoire, qui varie suivant le siège et la nature de la lésion.

Opération radicale de l'oreille moyenne, par Baratoux (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — Après avoir eu recours à la plupart des procédés décrits par les auteurs pour amener la guérison de l'otorrhée au moyen de l'opération radicale, M. Baratoux s'est arrêté depuis plusieurs années au procédé suivant :

Après avoir pratiqué l'incision dans le pli rétro-auriculaire et avoir détaché le conduit membraneux il attaque avec une gouge la paroi postéro-supérieure du conduit au niveau de la zone criblée rétro-méatique, il arrive ainsi toujours sur l'antre. Il est loisible de laisser un petit espace de 2 ou 3 millimètres de manière à conserver intact le tympan dans les cas aigus afin de faciliter la guérison et de conserver l'audition. Grâce à l'instrument de Vohsen mu par le moteur on fait sauter la paroi externe de l'attique et on ouvre l'aditus sans crainte de léser aucun organe. Après curettage et nettoyage de l'os au moyen de la fraise, l'auteur sectionne le conduit dans toute sa longueur par deux coups de ciseaux dont l'un au niveau de sa partie supérieure et l'autre à sa partie postérieure. Le lambeau enlevé laisse une ouverture suffisamment large pour permettre le traitement par le conduit après fermeture de la plaie post-auriculaire. Le pansement à la gaze iodoformée est remplacé quatre jours après par des pansements faits avec des bandelettes de gaze stérilisée de 20 à 30 centimètres de large, après nettoyage et insufflations de poudre antiseptique.

La guérison se fait en un ou deux mois surtout si l'on a eu le soin de conserver intacte une partie de la membrane du tympan.

Traitement chirurgical de la surdité progressive, par J. Baratoux (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Le traitement chirurgical de la sclérose avec surdité progressive n'est pas un : la mobilisation de l'étrier avec ou sans ablation des gros osselets et du tympan, l'extraction de l'étrier, l'évidement pétro-mastoïdien peuvent donner des résultats aussi bons les uns que les autres ; ce qu'il importe, c'est de rendre à la fenêtre ovale son jeu normal.

Si la perception crânienne est nulle ou très mauvaise il ne faut pas compter sur un résultat satisfaisant, on n'est en droit d'espérer une amélioration appréciable que si, avec une meilleure audition au milieu du bruit, un Rinne négatif, la durée du Schwabach pouvant être augmentée, il n'y a pas absence ou diminution

étendue des sons moyens à la perception crânienne et absence ou diminution trop grande des sons aigus à la perception aérienne.

Comme exemple, on peut citer le cas de Miss A... âgée de 32 ans, sourde depuis l'âge de 17 ans, n'entendant la voix qu'au moyen d'un cornet acoustique et seulement du côté gauche. Les nombreux médecins qu'elle consulta lui dirent que son affection était incurable : Perceptions aérienne et crânienne nulles à la montre : diapason moyens et aigus entendus avec une grande diminution, au point de vue de la durée par la voie aérienne. Diapasons graves entendus presque normalement avec augmentation même du diapason C^1 et diminution pour les sons aigus, abolition pour le C^4. Après mobilisation la voix basse est perçue à deux mètres à droite et à six mètres à gauche.

Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud, par les Drs M. Lermoyez et G. Mahu (de Paris). *XIIIe Congrès intern. des Sciences Médicales.* — Paris 1900. — L'air chaud n'a encore été jusqu'ici utilisé dans le traitement des maladies des premières voies aériennes que sous forme d'inhalations : méthode grossière qui fait *circuler* dans les fosses nasales de l'air humide dont la température dépasse à peine celle de l'air ambiant. Les auteurs se sont proposé d'agir différemment en *appliquant* à la surface des régions circonscrites de la muqueuse des *courants d'air sec surchauffé*, à une température de 80° à 100°, méthode qui rappelle celles qu'emploient Hollander et Jayle en dermatologie et en gynécologie. La source d'air sous pression est fournie par des tubes d'acier contenant de l'air à une pression de 120 atmosphères; celui-ci s'échauffe dans un serpentin métallique et il est conduit à destination par un tube métallique souple, doublé d'amiante. A l'extrémité de ce tube se vissent des canules de grosseur et de formes variées suivant qu'on veut appliquer l'air chaud sur les cornets, sur les pavillons tubaires ou dans l'oreille. A la base de la canule est adapté un régulateur de température et de pression.

Les applications d'air chaud se font sous le contrôle de la vue, avec miroir frontal et spéculum. La séance dure deux minutes et est répétée deux à trois fois par semaine. En général de huit à douze séances sont nécessaires pour obtenir un bon résultat. Ce traitement est absolument indolore. L'arrivée de l'air chaud provoque une rétraction intensive de la muqueuse, suivie bientôt d'une abondante sécrétion aqueuse de défense qui cesse après quelques instants. L'effet utile produit par le traitement se manifeste ensuite : d'abord, il tend à devenir définitif. Les applications d'air chaud ont surtout réussi dans les cas de *coryza chronique congestif* avec obstruction nasale intermittente; il donne des résultats remarquables et durables, à condition qu'il n'y ait pas encore de dégénérescence angiomateuse de la pituitaire. Elles font rapidement cesser les éternuements et autres symptômes nerveux des *coryzas spasmodiques*. Elles tarissent les écoulements de *l'hydrorrhée nasale* et ramènent la muqueuse à son état objectif normal. Dans le rhume des foins, où l'expérience des auteurs est encore bien récente, elles semblent seulement soulager les crises. Enfin, elles donnent de bons effets dans les *troubles auriculaires*, surdité et bourdonnements, liés aux catarrhes du nez et du naso-pharynx; *l'otalgie* leur cède presque immédiatement. Vouloir faire de ce traitement la panacée des affections du nez serait le vouer à une déconsidération rapide. Les auteurs croisent utile de déclarer qu'il ne leur a donné jusqu'ici aucun résultat dans l'ozène, les catarrhes purulents, le lupus nasal, les rhinites hypertrophiques vraies, non plus que dans toutes les affections nasales et naso-pharyngiennes justiciables du traitement chirurgical.

Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale. (*XIIIe Congrès Intern. des Sc. Méd.*) — Un homme de 40 ans, de très bonne santé habituelle, mais obligé par profession, à des efforts de voix constants, est pris brusquement, à la fin d'une bronchite compliquée d'enrouement, d'une hémoptysie abondante.

Considéré par plusieurs médecins, comme atteint de laryngite tuberculeuse, il est envoyé en Algérie, puis en juillet 1898, aux Eaux-Bonnes qu'il dut quitter au bout de huit jours, à cause de l'oppression. L'oppression devenant de plus en plus forte, on dut, deux jours après, pratiquer la trachéotomie d'urgence.

L'opération ne soulage qu'imparfaitement le malade, car la canule n'assurait qu'incomplètement la perméabilité des voies aériennes; toutes les tentatives pour trouver une canule convenable furent vaines.

Le 24 août, l'examen laryngoscopique révéla l'existence d'un cancer de la trachée étendu au larynx. La présence de bourgeons épithéliomateux dans la trachée, expliquait l'insuffisance de toutes les canules qu'on avait tenté d'introduire.

Les canules longues et flexibles ne pouvant convenir, on conseilla au malade de passer dans sa canule métallique une sonde en caoutchouc rouge destinée à refouler les bourgeons néoplasiques et à prolonger la lumière de celle-

ci; grâce à cet artifice, le malade n'eut plus d'accès de dyspnée.

A la suite des progrès du néoplasme, la canule métallique fut définitivement remplacée par la sonde en caoutchouc n° 30, préalablement ramollie par l'huile de vaseline (novembre 1898).

Pendant les 6 mois que vécut encore le malade (mai 1899) il ne se servit que de la sonde en guise de canule trachéale.

Le traitement palliatif du cancer laryngo-trachéal doit viser à 1° faciliter la respiration par l'emploi d'une canule appropriée; 2° combattre les hémorragies par l'usage du perchlorure de fer et de l'eau oxygénée; 3° diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions en ayant recours aux instillations d'huile mentholée, aux préparations d'eucalyptus, aux pulvérisations trachéales de solutions de chlorure de zinc; enfin réprimer le bourgeonnement extérieur par les badigeonnages avec une solution de pyoctanine.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Sur les opérations conservatrices dans les rétentions rénales. (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.* par M. Knoter. — 1. Il a deux groupes de rétentions rénales :

a) La rétention primitive, rein sacciforme, cystinéphrosis.

b) La rétention secondaire, l'empyème du rein, dont le point de départ est la pyélonéphrite. L'auteur évite d'en parler, puisqu'elle rend presque toujours nécessaires des opérations radicales.

2. Le nom de « rein sacciforme » s'étend à toutes les rétentions primitives produites par des entraves à l'écoulement de l'urine, sans égard au contenu. Celui-ci peut être aqueux, urineux, purulent, visqueux, enfin pulpeux. Pour l'auteur il est inutile de donner des noms spéciaux à toutes ces formes, car il s'agit d'une seule maladie, de la cystinéphrose, dont seulement quelques variétés pourraient porter des noms spéciaux : pyonéphrose, uronéphrose, etc.

3. Les entraves à l'écoulement sont situées dans l'uretère, à l'exception de quelques cas très rares. Le point de départ est de préférence la partie supérieure de l'uretère; c'est pour cela que les interventions opératoires portent presque exclusivement sur le tiers supérieur.

4. Les rétentions rénales au bassinet doivent être traitées conservativement, c'est-à-dire avec conservation du rein, même dans les cas d'intégrité de l'autre rein.

5. Il y a quatre groupes de procédés conservateurs :

A. *Fixation du rein disloqué* (néphropexie d'après Guyon). Il est nécessaire dans bien des cas de combiner cette opération simple avec d'autres opérations : détachement de l'uretère ou une opération plastique.

B. *Formation d'anastomoses* entre :

1) Uretère et uretère (Kelly);

2) Bassinet et uretère (Trendenleburg);

3) Bassinet et vessie (Reisenger).

On ne peut approuver ces opérations que sous la condition qu'on sache éviter des espaces morts, qui pourraient déterminer la formation de pierres urinaires. Sans cela les procédés seraient mauvais.

C. *Opérations plastiques avec résection de l'uretère et sans résection.*

1) Pyéloptychie (I. Israël).

2) Incision des valvules et suture transversale (Finger).

3) Résection de l'uretère serré. On doit éviter la résection transversale, qui probablement produirait de nouveau une sténose. La résection oblique est préférable.

4) Uretèro-pyélonéostomie. Procédés de Trendelenburg et de Küster.

D. *Résections partielles du rein.*

1) Résection du bassinet et suture (Albarran).

2) Résection cunéiforme de la substance rénale en cas d'hydronéphrose sur des reins en forme de fer à cheval.

Indications de la néphrectomie en général et spécialement dans les tumeurs malignes du rein, par M. d'Antona (de Naples). XIIIe *Congrès Internat. des Sc. med.*, Paris 1900. — 1° Dans la pyélonéphrite suppurée, il n'est pas toujours besoin d'avoir recours à la néphrectomie : quelquefois, la simple néphrotomie suffit, laquelle peut, dans certains cas, devenir curative ou préparer des bonnes conditions pour une néphrectomie.

2° On doit procéder à la néphrectomie primitive quand on a des raisons pour admettre la destruction ou la dégénérescence du rein par des anciens processus, et en même temps l'opération devient d'une exécution facile.

3° On doit préférer la voie lombaire.

4° Chercher à obtenir la réunion par seconde intention.

Avec ces préceptes, dès 1888 à 1899, 19 malades ont été opérés avec 15 succès.

Tumeurs. — Les tumeurs rénales sont de la structure la plus complexe, car le rein et la capsule surrénale sont des organes à la formation desquels concourent en même temps l'endoderme, le mésoderme et l'ectoderme.

Les tumeurs sont anatomiquement divisées en mixtes et simples.

Les premières sont congénitales ou infantiles; elles ont une structure complexe, parce qu'elles dérivent de tous les éléments de la quadruple formation embryonnaire.

Les tumeurs simples s'observent d'ordinaire sur les adultes et sont constituées et dérivées d'un des tissus différenciés et pour cela sont des fibromes ou des épithéliomas; la combinaison de ces deux formes est rare.

Cliniquement donc, les tumeurs sont divisées en bénignes et malignes, comme dans tous les autres sièges anatomiques. Après le fibrome et le sarcome, l'épithélioma et le cancer sont les plus malignes, comme le lipome et l'adénome sont les plus bénignes. En général, l'adénome est une forme initiale à laquelle succède l'épithélioma ; l'opération peut devenir curative définitivement seulement quand on opère de bonne heure.

Recherches sur le cathétérisme des uretères par Léopold Casper (Berlin) (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — Après les grands progrès réalisés dans le diagnostic des maladies des reins au moyen du cathétérisme des uretères, méthode d'examen qui a été créée par l'auteur, Casper et le docteur Richter ont utilisé récemment l'épreuve de la phloridzine, en l'associant au cathétérisme urétéral. Ce cathétérisme est fait à l'aide d'un cystoscope, avec lequel on peut recueillir les urines de chaque rein simultanément.

La rapidité de l'élimination du sucre a permis de ne laisser la sonde dans l'urétère que d'une 1/2 heure à 1 heure, ce qui simplifie notablement l'opération. A l'état normal, les deux reins éliminent chacun dans le même temps exactement la même quantité de sucre et, d'une façon générale, l'élimination du glycose est proportionnelle à celle de l'urée et à la concentration moléculaire de l'urine. Les auteurs concluent de leurs importantes recherches que l'épreuve de la phloridzine est la réaction la plus délicate pour apprécier l'état de la fonction rénale.

De la suture vésicale à fils perdus dans la haute taille (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 5, 1900). — Popoff a pratiqué la haute taille dans 24 cas. Sur ces 24 cas, dans 23 la vessie a été suturée à fils perdus et la cicatrisation s'est faite par première intention dans 8 cas.

La cicatrisation de la plaie vésicale commençait généralement, soit le neuvième jour, soit le vingtième jour, dans les cas où il y avait suppuration de la plaie abdominale.

La durée moyenne de la cicatrisation de la plaie abdominale après une suture non réussie a été de 33 jours.

L'opération a été pratiquée pour calcul — dans 23 cas, pour corps étranger — dans un cas. La suture vésicale a été faite d'après le procédé du Pr Sklifosovsky légèrement modifié. La plaie abdominale a été suturée complètement ; cependant, depuis quelque temps, l'auteur introduit dans l'angle inférieur de la plaie une bande de gaze. Dans presque tous les cas, on introduisait, au bout d'un laps de temps variant de 1 à 3 jours, la sonde de Nélaton.

Voici les conclusions par lesquelles Popoff termine son mémoire.

1° Que les urines soient alcalines ou acides, ce fait ne constitue pas une contre-indication à l'application de la suture vésicale à fils perdus. L'application de cette suture est indiquée dans tous les cas de haute taille ; elle n'est contre-indiquée que dans tous les cas où les parois de la vessie sont pathologiquement modifiées, amincies, et où les bords de la plaie, après l'extraction du calcul, sont déchiquetés et contusionnés, c'est-à-dire dans les cas où il est impossible d'espérer la cicatrisation par première intention. La durée moyenne de la cicatrisation de la plaie vésicale après une suture non réussie est inférieure à celle de l'opération avec drainage.

D. Roubleff.

Traitement de la blennhorragie par l'essence de Santal, par Meyerhardt (*Thérap. Monatshefte*, août 1900). — On sait aujourd'hui que le retentissement de l'infection gonococcique sur l'organisme ne constitue pas un phénomène pathologique exceptionnel : il ne faudrait donc pas s'étonner si la médication interne de la blennorrhagie revenait quelque peu en honneur. Pour l'auteur, le baume de copahu est bien inférieur sous ce rapport, à l'essence de santal, qui présente malheureusement l'inconvénient d'être fort chère et, par conséquent, rarement pure. Parmi les variétés commerciales, l'essence provenant des Indes orientales est exempte des inconvénients nombreux qu'on a reprochés à ce médicament.

La dose de six capsules à 0 gr. 50 constitue une prescription courante de l'auteur, qui la recommande systématiquement et se borne,

comme traitement local, à conseiller quelques soins de propreté.

Sur 175 cas, l'auteur a noté 64 guérisons, 108 améliorations (les malades n'ont pas été revus), et 2 insuccès dont 1 cas d'idiosyncrasie. En dehors de ces deux cas, le santal a toujours rapidement fait disparaître les douleurs et provoqué une diminution remarquable du nombre des gonocoques. Jamais, en dehors d'un seul cas d'épidymite, on n'observa de complication quelconque, bien que les malades, soignés à la consultation, se trouvassent dans de mauvaises conditions hygiéniques et sociales. Les patients de cette catégorie devraient, selon l'auteur, toujours être soumis à la médication par le santal, car ils exécutent fort mal les prescriptions du médecin, relatives aux injections uréthrales, et ne peuvent être soignés par la méthode de Janet, qui les empêche de se livrer à leurs travaux quotidiens par la perte de temps qu'elle occasionne.

La durée du traitement a varié entre 3 1/2 et 12 semaines pour les 35 cas aigus : 16 cas subaigus ont demandé 2 1/2 à 7 semaines : 13 cas chroniques, de 91/2 à 16 semaines (dans un cas 40 semaines).

E. Vogt.

Les opérations du prépuce par le Dr Samuel Bernheim, de Paris, (*XIIIe Congrès Internat. de Méd.*, Paris 1900). — L'auteur déclare avoir eu à intervenir plus de 3.600 fois chez des sujets de tout âge et avoir encore examiné le prépuce d'un plus grand nombre d'individus. D'une pratique de 17 années, il tire les conclusions suivantes :

1° Le prépuce est un organe offrant souvent des malformations congénitales ou acquises : il est très irrégulier de forme. Ces malformations, gênantes pendant l'enfance, peuvent être le point de départ de mauvaises habitudes (masturbation) ou d'infirmités (rétention ou incontinence de l'urine). A l'âge adulte, elles constituent un empêchement aux rapports sexuels et favorisent toute espèce d'inoculations infectieuses (chancres simples, ou syphilitiques, blennorrhagie, épithélioma, végétations, tuberculose). Quelquefois même, elles sont la cause de la stérilité. Il est donc utile d'examiner chez tous les nouveau-nés cet organe anatomique ;

2° Quand il existe une de ces difformités rencontrées chez les nombreux enfants que l'auteur a examinés, on pratique : soit la rupture des adhérences prépuciales, quand cette simple intervention suffit, soit une opération irrégulière ou régulière. Souvent, on est forcé de se contenter d'une opération irrégulière par suite de complications accidentelles. On opère alors suivant les circonstances et aucune règle chirurgicale ne peut être imposée. Les opérations régulières consistent à dilater le prépuce ou à en faire l'ablation. La dilatation ou l'excision partielle du prépuce sont de mauvaises opérations, puisqu'il se produit à la suite des phymosis cicatriciels. Au surplus, le prépuce est un organe absolument inutile et sa présence ou son absence n'influe en rien sur le sens génital ;

3° De toutes les interventions préputiales, la circoncision est donc la plus salutaire. Exécutée d'après un procédé simple, que l'auteur a pratiqué un très grand nombre de fois, cette opération n'entraîne que très exceptionnellement des accidents peu graves. Des statistiques nombreuses entre circoncis et non circoncis, on peut conclure que cette opération hygiénique est utile à différents points de vue moraux et matériels.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,
Chef du Laboratoire de la Maternité.
à l'hôpital de la Charité

Traitement de métrites cervicales, par S. Pozzi (XIIIe *Congrès intern. des Sc. médicales*). — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3° L'opération de la trachélorraphie est inferieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement, d'une façon durable, un orifice suffisant au col de l'utérus.

Rétrodéviations et hystéropexie vaginale par le Dr Camille Fournier d'Amiens *XIIIe Congrès internat. de méd.* Paris 1900.) — Un quart des

femmes, atteintes d'affections génitales, ont de la rétrodéviation de l'utérus. Ce déplacement de l'utérus est le plus dangereux qui se puisse rencontrer, car il détermine très souvent des complications inflammatoires graves utéro-annexielles.

L'auteur insiste aujourd'hui sur la grande place qu'il faut assigner aux rétrodéviations dans le cadre de la gynécologie pratique et il affirme *qu'il faut traiter la rétrodéviation tout aussitôt qu'on la reconnait* et prétend qu'il n'y a *qu'un seul moyen, l'hystéropexie.*

L'hystéropexie vaginale doit être préférée à l'hystéropexie abdominale.

L'hystéropexie vaginale doit être faite dans toutes les rétrodéviations utérines, sans annexites L'hystéropexie abdominale sera réservée à la plupart des cas où il y a salpingo-ovarite unilatérale. La fixation vaginale paraît donc être le procédé thérapeutique le plus fréquemment indiqué.

Ainsi que le montrent les 14 observations qu'il apporte, le vagino-fixation est toujours *bénigue*. Elle est cependant *délicate* et ne peut être pratiquée que par des gynécologues ou des chirurgiens tout à fait rompus à ce genre d'opérations. Elle a l'avantage d'être *conservatrice*: elle évite l'hystérectomie dont sont ménacées ces malades. Enfin elle paraît être très *efficace*, surtout si on a la précaution de dédoubler la cloison vésico-vaginale avant d'attacher l'utérus. Il est utile de la faire le plus tôt possible.

Le but définitif est de guérir sans sacrifier aucun organe.

Hystérectomie abdominale totale, par le Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest) (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Depuis 1896, l'auteur a pratiqué 114 hystérectomies abdominales totales dont: 28 pour fibromes, 20 pour cancer du col, 2 pour prolapsus génital grave, 1 pour inversion utérine irréductible, 24 pour diverses lésions non septiques des annexes, bilatérales ou unilatérales (kystes de l'ovaire intimement unis à l'utérus), 36 pour annexites suppurées, 1 pour grossesse extra-utérine, 2 pour hystérie grave.

La technique employée a varié avec les cas. En général, il emploie son procédé légèrement modifié qui consiste en : décortication de la tumeur de haut en bas, isolement et section entre deux ligatures des vaisseaux utéro-ovariens, isolement et section entre deux ligatures du ligament rond et de ses vaisseaux, dissection et isolement d'arrière en avant de l'uretère jusqu'au point d'entrecroisement avec l'artère utérine; isolement de celle-ci et des veines qui l'accompagnent et section entre deux ligatures, près de l'origine de l'utérine, en dehors de l'uretère; — Effondrement du cul de sac vaginal antérieur après décollement de la vessie: circumcision du col. Enlèvement d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes. Enfin ligature des deux hypogastriques. — Celle-ci, pratiquée à la fin de l'opération après la ligature des utérines, assure l'hémostase immédiate des artérioles vaginales et met absolument à l'abri des hémorragies secondaires. — Fermeture du vagin et réfection du plancher péritonéal si le drainage est inutile. — Réfection du plancher péritonéal et drainage sous péritonéal du pelvis par le canal vaginal, si le drainage devient nécessaire, soit à cause de la rupture de poches suppurées, soit pour assurer un écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces résultant du décollement des poches annexielles ou de fibromes intraligamentaires adhérents. A défaut de péritoine suffisant, la cavité pelvienne est fermée par la suture du colon pelvien au péritoine vésical. Pas de drainage abdominal. — Dans tous les cas où les ovaires sont sains, ils sont séparés des trompes et de l'utérus et conservés en les plaçant sous le plancher péritonéal, en dehors donc de la cavité abdominale, pour éviter toute adhérence ultérieure possible avec les anses intestinales ou l'épiploon. — Toutes les ligatures sont faites au catgut fin n° 0; l'auteur n'emploie jamais la soie. L'opération est faite à ciel ouvert et largement facilitée par l'emploi de l'écarteur abdominal mécanique.

Enfin l'emploi de la suture abdominale avec fils temporaires d'argent et l'exclusion de tous fils permanents assure une cicatrice parfaite de la plaie abdominale et la met à l'abri de toute suppuration immédiate ou ou tardive. — Grâce au perfectionnement de la technique, les résultats se sont tellement améliorés que la castration abdominale totale est devenue aussi bégnine sinon plus que la castration vaginale totale, à laquelle elles est bien supérieure par ses résultats thérapeutiques. — Dans les suppurations pelviennes sa bégninité est absolue; elle l'est aussi dans les fibromes si on pratique la ligature des hypogastriques qui assure l'hémostase définitive et écarte la seule complication grave, l'hémorragie secondaire.

Une statistique blanche de la dernière série de 1899 à 1900, l'a prouvé.

Traitement du cancer de l'utérus, par L. Gustave Richelot, Paris (XIIIe *Congrès internat. de Médecine*). — Hystérectomie vaginale. — L'extirpation totale de l'utérus par le vagin est une méthode *rationnelle*. Tandis que les sections du col, telles qu'on les faisait autrefois, laissent persister l'infiltration qui a cheminé à travers l'isthme et touché la muqueuse utérine, tandis que les sections, même précoces, à l'examen

histologique, laissent voir entre les faisceaux musculaires des boyaux de cellules cancéreuses divisés par le bistouri et dont la suite est restée sur le moignon, par l'extirpation totale, nous enlevons toutes ces causes de récidive immédiate, tout ce qui s'est propagé de bas en haut, tout ce qui n'a pas franchi le tissu utérin, peut-être même, en détruisant les annexes et la base du ligament large, l'envahissement à son début. Ainsi, notre intervention est raisonnable et supérieure aux sections du col, en même temps qu'elle est modeste et reconnaît les limites qui lui sont imposées par la force des choses : elle nous promet des succès durables dans les seuls cas où de rares cellules auront émigré vers les parties voisines et voudront bien y sommeiller longtemps (survies prolongées), peut-être aussi quand nous aurons la chance d'intervenir avant que les vaisseaux lymphatiques aient porté hors de l'utérus aucun germe de repullulation (guérisons définitives ?). Or, les cancers du col n'ont pas tous une évolution très rapide, et ceux du corps, on ne sait pourquoi, nous laissent toujours un assez long répit.

L'hystérectomie vaginale est *bénigne*. La plupart de nos séries sont courtes, car, si nous voyons un grand nombre de cancéreuses, il y en a fort peu qui nous arrivent à temps. R. a, pour son compte, une série de 100 opérations avec 6 morts. Pour tout homme qui étudie ses observations plutôt que des relevés sans contrôle et sans analyse, les quelques faits malheureux, survenus à la suite de diagnostics incomplets et dans des circonstances difficiles, s'effacent devant la simplicité merveilleuse et la réussite presque certaine de toutes les opérations qui portent sur des tumeurs bien circonscrites et des utérus bien mobiles, les seules, après tout, sur lesquelles nous puissions compter pour avoir des résultats satisfaisants.

L'hystérectomie vaginale s'est montrée *efficace*; elle a donné des survies prolongées et des survies sans récidive. Ce qui est surtout intéressant, c'est l'absence de récidive notée par l'auteur au moment où il écrit. Ott (de Saint-Pétersbourg) a des guérisons persistantes après 12, 11, 10 8 et 6 ans ; Landau après 9 1/2, 8, 7, 6, 5, 4 ans, etc. ; Ledentu et Pozzi après 6 ans ; Quénu, Terrier et Hartmann, Routier après 5 ans; Olshausen, Fritsch, Lauwers ont eu des succès analogues. A l'heure actuelle, voici les résultats de M. Richelot :

Il avait, en 1894, 2 anciennes malades guéries depuis 7 et 6 ans passés. La première a vécu 12 ans et est morte d'une hémorragie cérébrale ; la seconde est toujours bien portante, elle a 12 ans 1/2 de guérison. Les suivantes, qu'il a toujours sous la main, ont 10 ans, 9 ans, 8 ans, 6 ans, 4 ans, 3 ans passés, 3 ans, 2 ans et 8 mois, 2 ans. Il en a perdu de vue, bien portantes, après 5 ans, 4 ans et 3 mois, 4 ans, 3 ans et 10 mois, 3 ans 1/2. Parmi ces malades qui ont si largement bénéficié de l'intervention, il y avait un col « très rongé, presque détruit », mais avec mobilité parfaite de l'utérus; un col « très raccourci, très excavé »; un col « friable et très infiltré » ; un cul-de-sac postérieur « légèrement envahi ».

Quelques auteurs exagèrent manifestement quant ils parlent de guérison définitive après 3 ans révolus ; même après 5 ans, même plus tard, évitons d'employer ce mot, bien qu'on soit fort tenté de considérer comme telles les guérisons qui durent depuis 9, 10 et 12 ans. Mais nier les « cures prolongées » et les bienfaits de l'hystérectomie vaginale après des cancers typiques, nettement démontrés par la clinique et l'histologie, c'est nier l'évidence.

Hystérectomie abdominale. — Les progrès décisifs de la technique ont donné un regain de faveur à l'opération par la voie haute, et beaucoup de chirurgiens s'y laissent entraîner sans une critique suffisante. Les appels touchants et les longs espoirs renaissent; il semble qu'une ère nouvelle de guérison et de prospérité va s'ouvrir pour les cancéreuses.

Il faut condamner absolument les chirurgiens qui abordent les cancers envahissants avec la prétention « d'enlever tout », et qui trouvent bon de réséquer les ligaments larges, de fouiller à travers les infiltrats et les parcelles néoplasiques, de poursuivre les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte.

Tout autre est la doctrine spécieuse qui, jetant par dessus bord les cancers envahissants, considère l'hystérectomie abdominale comme le seul traitement des cancers nettement circonscrits, aussi près de leur début qu'on peut les rencontrer. Il s'agit, en somme, d'adopter ici les mêmes principes que pour tous les cancers : intervenir le plus tôt possible, et enlever non seulement la tumeur primitive, mais la zone lymphatique et les ganglions correspondants. La méthode abdominale, comprise de cette manière, vise particulièrement les cas où il n'y a pas de propagation cliniquement appréciable, et exige, au cours des opérations les plus simples, toujours et de parti pris, l' « évidement du bassin ». Mot bizarre, dont l'exagération fait prévoir sur quels points doit porter la critique.

Il y a des hystérectomies sans recherche des ganglions qui ont donné des survies très prolongées. D'après les termes mêmes des observations publiées, cette recherche est souvent incertaine et illusoire. Et puis, outre les ganglions, il y a la zone infectée de la paroi vaginale et du parametrium, les traînées invisibles à travers les tissus. Or, si peu qu'on réfléchisse et qu'on

regarde, on a peine à comprendre que des chirurgiens puissent rêver la dissection intégrale des tissus contaminés. La comparaison avec le cancer du sein est spécieuse. Les ganglions axillaires sont réunis en paquet, plongés dans une masse adipeuse qu'on détache facilement; et pour détruire tous les tissus, tous les vaisseaux lymphatiques entre la tumeur et le groupe ganglionnaire, il est loisible de tailler largement, profondément, et d'enlever en masse la peau, la graisse, l'aponévrose, les muscles même, sans avoir ni organes à ménager, ni dangers à courir. Mais que ferons-nous dans la cavité pelvienne ? Que signifie ce dédoublement du ligament large, comme si nous pouvions racler ses deux feuillets, et cette mise à nu de l'uretère, comme si nous pouvions le dépouiller réellement, détruire les dernières travées conjonctives, suivre à la piste les cellules cancéreuses le long des artères iliaques ? Les ganglions ne sont que des relais sur le trajet de l'infection ; à quoi sert d'en prélever quelques-uns ? Aussi la poursuite de l'invasion cancéreuse à travers le petit bassin me paraît être une illusion.

Après avoir fait de louables efforts pour démontrer que cette méthode est capable de donner des survies plus longues et des guérisons radicales plus fréquentes, les auteurs ne nous donnent que des exemples de femmes qui sont mortes, ou en train de mourir, ou trop récents pour qu'on sache à quoi s'en tenir.

Valeur relative des deux méthodes. — Le cancer est primitivement local et infecte secondairement; aussi beaucoup d'auteurs ont-ils adopté la théorie parasitaire. Mais les savants les plus autorisés ont montré combien, malgré des analogies grossières, l'hypothèse d'une étiologie microbienne est invraisemblable ; et tout me porte à considérer l'épithéliome, si local que soit son début, comme un trouble nutritif indépendant des causes extérieures. Une preuve, entre autres, est l'hérédité, qu'il est si facile de toucher du doigt ; une autre est le lien qui rattache le cancer à l'arthritisme. Cent fois on a vu le cancer et les maladies arthritiques se transmettre, alterner, coïncider de façon telle qu'il faudrait un bien grand scepticisme pour ne pas ranger la tumeur maligne dans une famille pathologique où elle trouve si naturellement sa place. Et c'est justement dans cette action mystérieuse et diverse de l'économie, qui règle sur place le degré de l'anarchie cellulaire, modifie son évolution et détermine son pronostic, que nous devons apprendre à voir les choses comme elles sont. C'est elle qui nous donne prise contre le mal, mais nous trace d'infranchissables limites: c'est elle qui assure d'emblée notre défaite ou consolide nos succès. On sait combien est variable la marche du cancer de l'utérus; ce qui est frappant c'est l'allure absolument opposée que peuvent avoir, chez les femmes d'âge analogue et sans raison apparente, deux cancers ayant la même structure et siégeant au même point. Un autre fait remarquable et bien connu, c'est le pronostic meilleur des cancers du corps. Ils durent des années, ils restent beaucoup plus longtemps circonscrits et opérables. Pourquoi ? L'anatomie de la muqueuse et de la paroi utérine, la disposition des lymphatiques ne nous disent pas comment il se fait que l'utérus, profondément dégénéré à sa face interne et réduit à une coque mince, ne soit pas toujours entouré d'une zone en puissance de cancer et de ganglions infectés.

En somme, il est constant que le cancer utérin traverse deux périodes, qu'il reste enfermé dans l'utérus avant d'envahir les régions voisines, et que la durée de ces deux périodes est soumise à des conditions inconnues, sans doute à l'influence du « tempérament morbide ». Cela dit, quel est notre but, et quelles peuvent être nos prétentions ? Le but rêvé, c'est d'intervenir pendant la première période, avant que la moindre cellule cancéreuse ait cheminé hors de l'utérus. Nous pouvous le faire en opérant très près du début, nous pouvons le faire aussi en arrivant un peu plus tard, si la chance nous fait tomber sur un cancer à marche lente. Alors, qu'arrivera-t-il ? N'ayant pas laissé trace de tissu morbide, nous n'avons rien à redouter de notre ennemi ordinaire, la récidive par simple continuation. Et nous sommes bien près de tenir la guerison radicale ; nous la tiendrions, en effet, sans l'arrière-pensée d'une prédisposition de l'organisme qui peut à la rigueur n'être pas épuisée et reproduire un nouveau cancer à plus ou moins longue échéance. Mais ce n'est là qu'une éventualité ; et voilà pourquoi, tout en avouant l'instabilité de nos victoires, il nous est permis de croire au succès définitif.

Prévenir l'envahissement, et non le poursuivre, tel est, aujourd'hui encore, le véritable traitement du cancer utérin. Hors de là, tout est précaire, incertain ou condamné d'avance.

Et cependant, l'organisme complaisant vient encore à notre secours. L'intervention n'est pas toujours sans portée, quand nous arrivons un peu trop tard. Il y a des cancers à marche lente, où l'envahissement de proche en proche, l'infection par continuité de tissus l'emporte sur l'invasion des lymphatiques et le transport des cellules à distance. Il serait excessif de refuser toujours les avantages que peuvent nous donner les perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale.

Les cas sont rares et difficiles à juger ; mais

Il est permis d'adopter la voie haute en présence d'un envahissement très discret, paraissant limité à la paroi vaginale, suffisant pour réduire l'autre méthode à l'impuissance, mais éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer: en présence d'une tumeur à marche lente, quand on a pu suivre assez longtemps l'évolution du mal pour estimer que sa poursuite ne sera pas tout à fait illusoire.

L'auteur a en somme voulu montrer, dans l'exposé qui précède, comment l'hystérectomie vaginale obtient des guérisons qui paraissent définitives, quand elle est faite assez tôt pour prévenir l'envahissement: comment elle obtient des survies prolongées, sans l'avoir prévenu et sans le poursuivre; comment l'hystérectomie abdominale est une ressource de plus dans un petit nombre de cas triés sur le volet, mais comment, appliquée de parti pris aux cancers envahissants, elle est une imprudence, et aux cancers limités, une illusion. C'est dire combien il se sépare de ceux qui voient dans la première une opération toujours incomplète, forcément palliative, et dans la seconde, la seule qui enlève tout, la seule qui soit logique et rationnelle. Il serait tenté de renverser la proposition, et de dire: l'opération vraiment curative est celle qui précède l'infiltration cancéreuse; celle qui prétend la poursuivre est l'opération palliative par définition.

De la valeur de la ligature préventive des artères hypogatsriques dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer par le Dr Henry Delagénière (Du Mans), (XIIIe *Congr. internat, des Sc, médicales*, Paris 1900). — L'auteur a attiré l'attention des gynécologues, au dernier Congrès de chirurgie de Paris, sur la ligature des artères hypogastriques pour obtenir l'hémostase à la fois préventive et définitive dans l'hystérectomie abdominale, Il apportait alors deux faits. Dans un cas l'opération, pratiquée pour cancer, avait donné un résultat excellent; l'opération s'était trouvée considérablement simplifiée. Dans l'autre cas, pour un fibrôme enclavé, la ligature avait été beaucoup moins efficace, mais cependant avait simplifié l'hémostase du fond du bassin. Il a renouvelé deux fois cette tentative pour des cas de cancer de l'utérus généralisé au bassin. Dans les deux cas, la ligature fut placée très facilement sur l'artère iliaque primitive, et après avoir dénudé la bifurcation; d'autre part, une ligature avait été jetée sur les artères utéro-ovariennes des deux côtés. Or, malgré ces précautions, l'hémostase du fond du bassin ne fut pas obtenue. En sectionnant les utérines, il y a eu du sang en quantité moindre assurément, mais suffisamment pour nécessiter la ligature de ces artères; d'autre part, des artérioles du vagin continuaient à donner du sang.

Ces quatre cas permettent de tirer les conclusions suivantes qui ont leur intérêt pratique:

1° Les effets de la ligature préventive des artères iliaques internes, combinée à celle des utéro-ovariennes, ne sont pas toujours identiques. L'auteur a obtenu une fois une hémostase complète; deux fois une hémostase relative, surtout efficace sur la circulation du fond du bassin; et, une dernière fois, aucune hémostase appréciable.

2° Cette ligature, si elle est efficace, simplifie énormément l'opération et permet même de la faire pour ainsi dire à blanc; dans le cas contraire elle nécessite une hémostase de détail comme à l'ordinaire, hémostase peut-être quand même simplifiée du côté des artères vaginales.

3° Cette ligature, malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, devra être tentée dans les cas de néoplasmes de l'utérus généralisés au bassin. cette tentative pouvant dans ces cas rendre d'énormes services, et, dans le cas d'insuccès, ne pouvant nuire en aucune façon.

Pour pratiquer cette ligature préventive, la malade étant en position déclive et le ventre ouvert, la séreuse est soulevée avec une pince a griffes au-dessus de la bifurcation de l'iliaque primitive, puis incisée d un coup de ciseaux; on passe alors un fil sous l'iliaque interne avec l'aiguille de Deschamps, et on lie vigoureusement le fil; la boutonnière séreuse est fermée par un point, On lie ensuite l'artère de l'autre côté.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

L'antisepsie intestinale chez les enfants, par le professeur F. Fede et le docteur J. Gallo de Tommasi (XIIIe *Congr. des Sc. médicales*, août 1900). — L'antisepsie intestinale, essayée d'abord chez les adultes, dans la fièvre typhoïde, est entrée bientôt dans la thérapeutique médicale des enfants. C'est en étudiant l'étiologie et les mauvais effets des troubles digestifs, qui jouent un rôle si intéressant dans la pathologie infantile, qu'elle commença par s'imposer d'urgence, toutes les fois qu'on en comprit la nécessité pour empêcher l'empoisonnement de l'or-

ganisme humain. C'est pour cela, qu'en toute occasion, les médecins usent des purgatifs, des lavements et des principaux agents pharmaceutiques, capables d'assurer la désinfection du tube digestif, dans tous les cas d'infection et d'intoxication gastro-intestinale. Cependant, il y a des praticiens, qui ne veulent pas admettre l'utilité de cette méthode thérapeutique, en la croyant aussi très nuisible; mais plusieurs soutiennent que, dans certaines manifestations pathologiques, elle est formellement indiquée, surtout par les bons résultats qu'on a obtenu de l'emploi des antiseptiques intestinaux. Les auteurs qui, depuis longtemps, étudient la question au point de vue de la clinique et des recherches expérimentales, ont constaté de beaux résultats de ce procédé curatif, employé par la voie rectale.

Les auteurs ont voulu établir la valeur curative des antiseptiques chimiques introduits par la bouche, en les employant chez les malades de clinique; voici les résultats obtenus pour l'usage des trois substances suivantes :

Salol : 5-10 centigrammes à la fois, jusqu'à 0 gr. 50-1 gramme par jour;

Teinture d'iode : X-XV gouttes, selon les différents âges, dans une potion gommeuse, une cuiller à café toutes les deux heures;

Calomel, à doses fractionnées : 1-3 centigrammes à la fois, jusqu'à 12 centigrammes par jour.

De ces recherches cliniques et expérimentales on peut tirer les conclusions suivantes:

1° Dans les infections et les intoxications gastro-intestinales, il est toujours utile d'employer quelques antiseptiques internes, et il faut préférer le calomel, qui a donné de grands avantages; le salol et la teinture d'iode n'ont pas montré une valeur microbicide et antifermentescible réelle.

2° Pour mieux assurer l'antisepsie médicale, dans le cours de ces maladies et des troubles fonctionnels, il faut intervenir de bonne heure; c'est-à-dire lorsque les toxines n'ont pas encore envahi tout l'organisme, empoisonné les centres nerveux et troublé les fonctions organiques.

3° Les auteurs ont en même temps observé, après l'emploi du calomel, la diminution de la virulence des cultures, obtenues des matières fécales des enfants et la diminution des acides sulfo-conjugués également après l'administration de l'antiseptique.

Résumé du rapport sur les infections et les intoxications gastro-intestinales des nourrissons. Etude particulière des symptômes et du traitement des formes chroniques, par F. Fede (Naples) (XIIIe *Congrès intern. des S. Méd.*, Paris, 1900). — Si l'on considère l'imperfection des conditions anatomiques et physiologiques de l'appareil gastro-intestinal des nourrissons, son évolution peu avancée, l'absence des dents, la direction verticale de l'estomac, le faible développement des glandes, la minceur des couches musculaires, le volume de foie, la médiocre activité digestive, l'insuffisance des moyens de protection et de défense, la facile multiplication des microbes dans le contenu intestinal avec leur virulence variable, on comprend la fréquence des catarrhes gastro-intestinaux, subaigus, lents, avec accès fébriles à répétition, surtout chroniques, d'où dérivent l'infection et l'intoxication de l'organisme.

La symptomatologie est constituée en grande partie par la diarrhée fréquente, tenace, avec ses diverses formes bien connues qui dépendent de la consistance des matières, de leur aspect, de leur couleur, de leur odeur, de la présence de sang, de micro-organismes, de produits divers plus ou moins virulents ou irritants. On doit y joindre le prolapsus du rectum. En ce qui concerne l'estomac, on relève le vomissement, les altérations du chimisme gastrique, le trouble des fermentations avec dilatation de cet organe.

Plus remarquable est l'état général avec les accès de fièvre par intoxication intestinale, agitation, affaiblissement, dénutrition, cachexie, atrophie et complications respiratoires, glandulaires, nerveuses, rénales et cutanées, plus ou moins en rapport avec les infections et les intoxications gastro-intestinales.

Les formes cliniques sont variées; elles dépendent de l'intensité, de la durée, de l'évolution, de la physionomie de la maladie, des complications, de l'atrophie et de la cachexie consécutives qui sont graves ou très graves. Alors se déroule une phase lente et tenace pendant laquelle on observe l'arrêt de développement, le retard de l'éruption dentaire, de la progression du poids du corps et de la taille, une sorte de rapetissement de tout l'organisme, un gros ventre tympanique ou flasque et un corps maigre et pâle, ou au contraire gras, obèse et également pâle.

D'autres fois, dans les premiers mois, se montre l'athrepsie de Parrot; ou bien, dans les mois suivants, apparaît le rachitisme, ou bien se développe la tuberculose. Si le mal n'est pas vaincu, l'enfant meurt dans une cachexie atrophique progressive et lente, ou, le plus souvent, par une complication intercurrente, comme la pneumonie.

Quant au traitement curatif, on doit mettre au premier rang les règles d'hygiène et de régime; dans les poussées aiguës, l'alimentation doit être complètement suspendue et remplacée

par la diète hydrique; en général, à l'allaitement mixte, au biberon, on doit substituer la nourrice. Il sera utile de conduire l'enfant dans un lieu élevé et boisé.

L'élimination et la désinfection du contenu intestinal ont une grande importance; on les réalise par l'huile de ricin, le calomel, etc.; le benzo-naphtol, le lavage de l'estomac et de l'intestin avec l'acide borique, l'acide phénique, la créoline, etc. La diarrhée trop abondante réclame l'usage des astringents : acides lactique et chlorhydrique, préparations de bismuth et de tannin. Pour les formes douloureuses, nerveuses, avec excitation, les cataplasmes, les calmants (belladone et même opium), les bains. En cas de dépression, les bains aromatiques, la quinine, la caféine, l'éther, l'assa fœtida, le musc, enfin les injections de sérum artificiel.

De la valeur du lait de chèvre pour l'alimentation des enfants, par le Dr Barbellion (*XIIIe Congrès international des Sociétés médicales*, août 1900). — Pour remédier aux inconvénients de l'allaitement artificiel on a depuis longtemps cherché un lait qui, soit *naturellement*, soit *artificiellement*, se rapproche de la composition chimique du lait de femme :

1° Naturellement : on s'est vite aperçu des inconvénients du lait de vache trop riche en caséine et en beurre, formant un caillot compact.

On a expérimenté la chèvre et l'ânesse.

La chèvre a joui pendant longtemps d'un grand renom, puis elle fut détrônée par l'ânesse.

Le lait d'ânesse est plus léger que le lait de femme puisqu'il contient 93 de résidu sec au lieu de 123, 17 de caséine au lieu de 19, 15 de beurre au lieu de 45 (analyses d'Armand Gauthier). Ce lait peut servir aux nourrissons débiles mais son emploi est très limité et ne peut être que passager.

2° Artificiellement : le lait de vache est indigeste par suite de l'excès de beurre. On connaît 4 procédés pour décaséiner le lait de vache :

a) Procédé de Winter et Vigier de Paris, consistant à précipiter une partie de la caséine par sa présure ;

b) Procédé de Gaertner, de Vienne, élimination partielle de la caséine par centrifugation.

c) Procédé de Backhaus : digestion artificielle par la pancréatine ;

d) Procédé de Budin et Michel : à peu près semblable au précédent.

Ces procédés ne corrigent que l'excès de caséine ; d'autre part ils laissent le beurre en quantité trop faible ou en excès. Ainsi, dans le procédé de Gaertner, une partie du beurre n'est plus émulsionnée et surnage dans le liquide. Les manipulations enlèvent au lait une partie de ses qualités propres.

Le lait est conservé en bouteille, condition qui, malgré la stérilisation, a peut-être plus d'importance que l'on ne suppose.

Les dernières analyses de lait de chèvre remontent à dix ans au moins. Ces analyses peu nombreuses ont porté sur le lait des races connues à l'époque, c'est-à-dire sur un lait trop riche en caséine, pauvre en sucre. Cela a suffi pour faire condamner le lait de chèvre comme lourd et impropre à l'alimentation des nouveau-nés. Les analyses du Pr A. Gauthier montrent cependant malgré les mauvaises conditions du lait expérimenté, que le lait de chèvre est celui qui se rapproche le plus du lait de femme par sa densité, le poids de son résidu sec et par son beurre. Quant à sa trop faible teneur en sucre, il est facile d'y remédier par la lactose. Des analyses rigoureuses ont montré à l'auteur, que les chèvres acclimatées en France, soumises à une alimentation rationnelle, présentent des différences considérables. Les proportions de la caséine, du beurre, des sels, *varient suivant les races et restent constantes pour chaque race.*

Les recherches de l'auteur l'ont conduit aux résultats suivants :

Le lait des chèvres pyrénéennes et murciennes est préférable au lait de vache pour les enfants à appareil digestif intact.

Le lait des chèvres maltaises et nubiennes conviendra après le sevrage.

La richesse du lait de chèvre en sels en fera toujours un aliment de choix pour les rachitiques, les tuberculeux et les adultes débilités.

Contrairement à l'opinion admise, le lait de chèvre n'a pas d'odeur ni de goût spécial ; seules, certaines races de chèvres offrent cet inconvénient.

Le beurre tiré du lait de chèvre a une densité très faible ; il est formé de globules graisseux très fins et par suite très faciles à digérer.

Il est enfin possible d'utiliser le lait de chèvre à l'état cru puisque cet animal est, comme on le sait, un des plus réfractaires à la tuberculose. La chose est d'autant plus facile que la chèvre s'accommode parfaitement du séjour dans les grandes villes alors que la vache y devient fatalement et rapidement tuberculeuse. La réaction de la tuberculine peut à la rigueur donner une plus grande garantie.

Il est donc facile, avec la chèvre, d'avoir un lait naturel fraîchement trait, offrant toute sécurité au point de vue de la contagion.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

GOUTTE

(*Suite et fin*)

Prescrire de préférence le bicarbonate de soude aux goutteux dyspeptiques ayant une tendance aux congestions hépatiques, les sels de lithine aux goutteux atteints d'arthrites à résolutions lentes ou présentant des dépôts tophacés abondants.

Les *benzoates de soude*, de *lithine* sont assez souvent employés comme succédanés du bicarbonate de soude, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme.

Les composés salicylés, préconisés surtout pendant l'attaque, sont parfois employés dans l'intervalle des attaques, pendant quelques jours de suite, à la dose de 3 à 4 grammes par jour. L'existence d'une néphrite interstitielle contre-indique leur emploi de façon formelle ; d'une façon générale, être très réservé dans leur prescription dans les cas de goutte anciens.

Le salicylate de lithine (Vulpian) n'est guère usite.

Les préparations de *colchique*, presque spécifiques lors des attaques, sont parfois prescrites dans leur intervalle contre certaines manifestations viscérales (voir plus loin le traitement de l'attaque de goutte).

La *pipérazine* se prescrit à la dose d'un gramme par jour, en solution dans un verre d'eau diurétique (Evian, Vittel, Contrexéville).

Le *lycétol* (tartrate de diméthyle-pipérazine) se prescrit aux mêmes doses.

TRAITEMENT THERMAL

Bicarbonatées sodiques fortes (Vichy, Vals), utiles dans les gouttes récentes, à manifestations articulaires franches, chez les malades jeunes et non anémiés.

Bicarbonatées sodiques faibles (Royat, Saint-Nectaire); bicarbonatées calcaires (Pougues, Evian); sulfatées calcaires (Vittel, Contrexéville, Martigny, Aulus) chez les malades peu vigoureux, dont les attaques sont atténuées. Saint-Nectaire convient particulièrement aux goutteux atteints d'une lésion rénale au début, les sulfatées calcaires aux goutteux graveleux diabétiques.

Eaux bicarbonatées, chlorurées et sulfatées sodiques (Carlsbad, Marienbad) très actives, conviennent uniquement aux malades obèses, atteints de congestion du foie. Sont contre-indiquées quand il existe une lésion viscérale.

Les chlorurées sodiques (Chatel-Guyon, Kreuznach. Bourbonne, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, etc., s'adressent aux goutteux anémiés, atteints de goutte chronique.

Les eaux sulfureuses ne s'adressent qu'à certaines complications laryngées ou bronchitiques (Cauterets, Luchon, Aix-la-Chapelle). A Aix-les-Bains on utilise la douche massage pour le traitement des raideurs articulaires persistantes.

Les eaux thermales simples (Bagnoles, Luxeuil, Néris, Plombières, Schlangenbad, Wildbad), s'adressent aux goutteux atteints de de névralgies, de troubles nerveux divers.

Les Boues de Dax, de Saint-Amand, conviennent spécialement à la goutte articulaire chronique avec déformations intenses.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ARTICULAIRE AIGUE

Pas de topiques irritants : l'immobilisation et l'enveloppement ouaté suffisent le plus souvent; en tous cas pas de topiques irritants. Les applications froides calment les douleurs, mais peuvent être dangereuses.

Les liniments huileux (contenant de la jusquiame, de la belladone, de l'opium) ont au moins l'avantage de ne pas être nuisibles. Le *salicylate de méthyle* peut rendre des services : il est préférable aux pommades salicylées.

A l'intérieur, prescrire les préparations de colchique ou le salicylate de soude, ce dernier moins efficace.

Le colchique doit être réservé pour les cas où la douleur persiste, aussi intense qu'au début, au bout de plusieurs jours. Si elle s'atténue rapidement, il y a avantage à respecter l'attaque

et à se borner aux moyens purement hygiéniques (repos, alimentation).

Les *préparations de colchique* les meilleures sont la teinture et le vin. Prescrire soixante gouttes de colchique en trois fois (ou trois demi-cuillerées à café de liqueur de Laville). Se tenir à cette dose pendant deux jours, puis prescrire quarante gouttes le troisième et le quatrième jour, 20 gouttes le quatrième et le cinquième (Lécorché).

Le vin se donne à la dose de 5 à 6 grammes.

Il est inutile, ainsi qu'on l'a conseillé parfois, d'associer le colchique à l'aconit, aux sels de quinine.

Le *salicylate de soude* se donnera aux doses de 5 à 6 grammes pendant les trois premiers jours, de 4 grammes pendant les trois jours suivants.

Traitement symptomatique : potion de Rivière, eau chloroformée glacée contre les vomissements, ventouses sèches contre les manifestations pulmonaires congestives, lavements contre la constipation (pas de purgatifs), etc.

Régime alimentaire : Lait surtout, eaux minérales diurétiques. Plus tard œufs, purées de légumes, fruits cuits.

L'attaque passée, employer le *massage* avec prudence.

L'*iodure de potassium* n'a qu'une action problématique sur la résolution des exsudats périarticulaires.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE ARTICULAIRE CHRONIQUE : Colchique à petites doses et à intervalles variables, dans les cas de goutte récente.

On emploie souvent les remèdes anti-goutteux tous à base de colchique : Poudre de Pistoia (1 à 2 grammes en cachets), le vin d'Anduran une cuillerée à café matin et soir), la teinture de Laville (1 à 3 cuillerées à café par jour), les pilules de Lartigue (2 par jour) :

Extrait de coloquinte composé.....	20 grammes
Extrait hydro-alcoolique de semences de colchique.....	ââ 1 gramme
Extrait hydro-alcoolique de digitale..	

F.S.A. des pilules de 15 centigrammes.

On alternera l'emploi très modéré du colchique avec celui du salicylate de lithine 0 gr. 50 à 1 gr. pro die.

Le *massage*, les *frictions sèches*, les *douches chaudes*, les *eaux minérales à haute thermalité* compléteront le traitement.

L'*électrolyse*, préconisée pour obtenir la résolution des tophus, n'est pas entrée dans le domaine pratique.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE VISCÉRALE

Contre les *troubles digestifs* peu de médicaments ; compter surtout sur le régime et l'hygiène générale. Noix vomique à très petites doses ou strychnine chez les atoniques :

Acide chlorhydrique..	1 gramme
Sulfate de strychnine..	0 gr. 05
S. d'écorces d'orange..	100 grammes
Eau.....	200 —

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

(Rendu)

D'une façon générale éviter tous les médicaments qui irritent la muqueuse gastrique.

Contre la gastralgie goutteuse, *eau chloroformée cocaïnée*.

Combattre la constipation à l'aide de laxatifs doux :

Magnésie calcinée..	ââ 5 grammes
Crème de tartre....	
Soufre lavé.....	

TROUBLES GÉNITO-URINAIRES

Albuminurie transitoire : *régime mixte*, *Contrexéville*, *Saint-Nectaire*, *Alcalins*.

Gravelle : id.

Néphrite interstitielle : Pas de traitement spécial.

Cystite : *Vittel*, *Contrexéville*, *Traitement local*.

GOUTTE CARDIO-VASCULAIRE : *régime lacté*, *iodure de potassium*.

GOUTTE PULMONAIRE : Révulsion sous forme de ventouses sèches.

GOUTTE NERVEUSE ; Combattre les névralgies par le *colchique*. Compléter par la *balnéation* (Néris, Plombières, Wildbad etc.)

GOUTTE RÉTROCÉDÉE : Stimulants diffusibles, *acétate d'ammoniaque*, *éther*, café, *purgatifs*, révulsifs sur les articulations.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Parmi les décorés de l'Exposition, nous relevons les noms de M. le Pr Gariel, délégué principal aux Congrès scientifiques, nommé commandeur de la Légion d'honneur; MM. le Pr Berger, Chamberland, de l'Institut Pasteur; M. le Dr Regnard, de l'Académie de Médecine, le Dr Doubre, du service médical de l'Exposition, le Dr A. J. Martin, du comité consultatif d'hygiène, nommés au grade d'officier. Parmi les chevaliers : MM. le Pr Bergonié (de Bordeaux). le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris, le Dr R. Blondel, secrétaire général du Congrès de la Presse médicale, Rédacteur en chef de la *Revue de Thérapeutique*, le Dr Chauffard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, secrétaire général du Congrès des Sciences médicales, le Dr Dandieu, le Dr Frébault, le Dr R. Jamin, président du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr Legrain, président de l'Union française antialcoolique, le Dr Millon, médecin de dispensaires, le Dr Thibierge, médecin des hôpitaux, le Dr Weiss, chef des travaux à la Faculté de médecine; et parmi les pharmaciens : M. Fumouze, président du comité d'organisation du Congrès des spécialités pharmaceutiques et M. Petit, ancien président de la Société de pharmacie.

(Notre rédacteur en chef, le Dr Blondel, très touché des marques de félicitations qui lui ont été adressées dans la presse et parmi ses confrères à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur, nous prie de l'excuser si, partant en voyage à l'étranger, il ne peut répondre individuellement à chacune d'elles et nous charge de transmettre ses remerciements collectifs à tous les amis connus et inconnus qui ont bien voulu lui donner ces preuves d'estime.)

Distinctions honorifiques. — Sont nommés Officiers d'Académie : MM. Auger, chef de travaux à la faculté des sciences de Paris. Ausset, agrégé près la faculté de médecine de Lille. Beloc, chef de travaux à la faculté des sciences de Caen. Paul Berger, professeur à la faculté de médecine de Paris. Biais, chef de travaux à l'école de médecine de Limoges. Bordas, chef de travaux à la faculté des sciences d'Aix-Marseille. Bouchet, préparateur à la faculté des sciences de Clermont. Braquehaye, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux, Brissaud, professeur à la faculté de Paris. Brossard, professeur à l'école de médecine de Poitiers. Calvet, préparateur à la faculté des sciences de Montpellier. Charrin, agrégé près la faculté de médecine de Paris. Chauveaud, chef de travaux à la faculté des sciences de Paris. Delatour, chef de travaux à la faculté des sciences de Nancy. Dodero, suppléant à l'école de médecine de Grenoble. Drach, maître de conférences à la faculté des sciences de Clermont. Etienne, agrégé près la faculté de Nancy. Fage, chargé de cours à l'école de médecine d'Amiens. Fournier, professeur à l'école de médecine d'Amiens. Gaucher, agrégé près la faculté de médecine de Paris. Gaucher, chef de travaux à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier. Genoud, chef de travaux à la faculté de médecine de Lyon. Gibert, chef de clinique à la faculté de médecine de Montpellier. Grimbert, agrégé à l'école de pharmacie de Paris. Guyot, maître de conférences à la faculté des science de Nancy. Hutinel, professeur à la faculté de médecine de Paris. Lory, sous-directeur de laboratoire à la faculté des sciences de Grenoble. Maurin, suppléant à l'école de médecine de Clermont, Mesnard, professeur à l'école des sciences et des lettres de Rouen. Monnier, chargé de cours à l'école de médecine de Nantes. Mourgues, préparateur à la faculté des sciences de Montpellier. Pachon, chargé de cours à la faculté de médecine de Bordeaux. Pélabon, maître de conférences à la faculté des sciences de Lille.

BIBLIOGRAPHIE

L'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée, par MM. Ch. Achard, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon et J. Castaigne, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. 1 brochure in-8° (n° 23 de *L'œuvre Médico-Chirurgical*, Masson et Cie, éditeurs) 1 fr. 25.

Si l'on a raison d'attribuer une signification grave à la diminution quantitative de l'urine et de l'urée, on aurait tort de conclure que la cause primordiale et unique de cette gravité doit nécessairement résider dans l'état du rein. Le clinicien doit pousser plus loin son enquête et savoir ce qui fait cette gravité du pronostic ; il doit s'attacher à déterminer aussi exactement que possible la part qui revient en propre à la défaillance des reins et aux désordres simultanés des autres fonctions.

Or, l'épreuve de l'élimination provoquée lui permettra, mieux que les anciens procédés, de faire cette analyse de physiologie pathologique. Après avoir rappelé les origines de la méthode, les auteurs étudient la substance dont ils ont fait choix pour le diagnostic : le bleu de méthylène. L'*action de cet agent dans l'organisme*, la *technique de l'épreuve*, les *résultats obtenus*, la *discussion du procédé*, l'étude des *autres substances employées*, la *signification et la valeur de la méthode*, le *mécanisme de l'élimination rénale*, les *autres éléments de diagnostic*, les *autres éléments du pronostic*, sont le sujet d'autant de paragraphes, dont certains accompagnés de graphiques, où l'ensemble de cette question si nouvelle et d'un si grand intérêt est complètement exposé et mis au courant des dernières recherches.

La photographie des couleurs, par C. Ruckert, 1 beau vol. illustré de nombreuses gravures et de 4 planches hors texte. 1 franc. Schleicher frères, éditeurs à Paris.

Pendant de nombreuses années, on pourrait presque dire depuis l'heure de la découverte de Niepce et de Daguerre (1833) une question préoccupait vivement les spécialistes : celle de la photographie des couleurs.

Ce n'était pas tout de perfectionner le daguerréotype ; la photographie ne donnait jamais que la reproduction des objets ou des physionomies, sans cette vie que prête la couleur aux choses et qui fait leur variété et leur charme.

Il faut lire l'excellent et substantiel petit volume que nous donne un maître compétent, M. C. Ruckert, dans la collection des « Livres d'Or », pour suivre ce long effort des savants en vue de permettre à la photographie de reproduire les couleurs. Il y a là toute une série de chapitres fort bien documentés, exposant chaque tentative, chaque système employé, jusqu'aux dernières découvertes de M. Lippmann et de MM. Lumière.

Après nous avoir donné l'historique de la question et présenté toute la théorie, M. Ruckert nous indique les divers procédés tour à tour employés. Voici d'abord la photographie directe des couleurs par peinture d'une couche sensible sous l'action de la lumière ; voici la photographie indirecte des couleurs ; et voici également la synthèse temporaire puis la synthèse durable des couleurs. Ce volume s'ouvre par trois chapitres d'enseignement général : notions générales sur les couleurs des corps, fondamentales ou dues aux interférences, et notions de photographie. De même il se termine par quelques données sur l'application pratique : la photographie en couleur par impression photomécanique, la photogravure par le tirage des couleurs obtenu sur une surface unie sensible. Les appareils les plus récents pour opérer dans ce sens nous sont indiqués et décrits.

Aujourd'hui que la photographie est un art si répandu, si utile, si charmant aussi, chacun voudra se procurer le volume de M. Ruckert, car il sera immédiatement à même de pouvoir accomplir ce tour de force réputé longtemps impossible : saisir et fixer la couleur dans une image, et pouvoir reproduire cette image à un grand nombre d'épreuves ou d'exemplaires.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nlle. Imprimerie, E. Lasnier, directeur 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

II· Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique du dimanche 12 août au 16 août 1900.

Le programme et les ordres du jour du Congrès d'hypnotisme qui a récemment clos ses séances ont été les suivants :

Dimanche 12 aout. — A 3 heures. Séances d'ouverture. Discours de réception par M. le Dr Jules Voisin, président du Congrès. Discours d'inauguration, par M. le Pr Raymond, président d'honneur du Congrès. Communications sur l'organisation du Congrès par le secrétaire général. — A 4 heures. Conférence générale. M. le Dr Bérillon : L'histoire de l'hypnotisme expérimental : 1° Les précurseurs; 2° l'Œuvre de Charcot à la Salpêtrière et de Dumontpallier à la Pitié. Cette conférence a été accompagnée de projections. — A 7 heures. Banquet. Le banquet réunissant tous les délégués et les adhérents, a eu lieu au restaurant des Congrès (en face le palais des Congrès).

Lundi 13 aout. — A 9 heures. Visite à l'hospice de la Salpêtrière, sous la direction de M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. Cette visite a été suivie d'un lunch offert par l'administration de l'Assistance publique. — A 2 heures. Séance au palais des Congrès. Questions à l'ordre du jour : « Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique ». Rapporteurs : M. le Dr Vogt (de Berlin), M. le Dr Paul Farez, M. le Dr Félix Regnault. Discussion. « Rapport sur l'évolution de la psychotérapie en Hollande », par M. le Dr Van Renterghem (d'Amsterdam). Discussion. « La suggestion dans le traitement des délires oniriques toxi-infectieux ; analogie de ces délires avec les états somnambuliques », par le Dr Régis (de Bordeaux). « Crises nocturnes d'angoisses provoquées par le sommeil », par M. le Pr Raymond et le Dr Pierre Janet. Discussion Communication diverses.

Mardi 14 aout. — A 2 heures. Séance au palais des Congrès. Questions à l'ordre du jour : 1° « L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme ». Rapporteurs : M. le Dr Henry Lemesle, M. Ch. Julliot, docteur en droit. Discussion; 2° « La suggestion de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la jurisprudence ». Rapporteurs : M. le Dr Von Schrenk-Notzing (de Munich) : M. le Dr Paul Joire (de Lille). Discussion. — A 5 heures. Réception à l'Hôtel-de-Ville de Paris, offerte aux membres des Congrès par le bureau du Conseil municipal.

Mercredi 15 aout. — A 2 heures. Séance au Palais des Congrès. Questions à l'ordre du jour : « Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie ». Rapporteurs de M. le Dr Paul Magnin, M. le Dr J. Crocq (de Bruxelles). Communications de M. le Dr Pierre Janet, de M. le Dr Bérillon, de M. le Dr A. Charpentier, de M. le Dr H. Petersen (de Boston), de M. le Dr H. Parkyn (de Chicago), de M. le Dr Raffegeau (du Vésinet), se rattachant à la question à l'ordre du jour. Discussion. « Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme ». Rapporteurs : M. le Dr Tokarsky (de Moscou), et M. le Dr Lloyd Tuckey (de Londres). Com-

munications de MM. les Drs A. de Jong (de la Haye), Bourdon (de Méru), Bonjour (de Lausanne), Baraduc, Moutin, Farez, Bilhaut, etc. Communications diverses relatives à la thérapeutique.

Jeudi 16 aout. — A 10 heures. Réception à l'Institut psycho-physiologique (49, rue Saint-André-des-Arts). — A 2 heures. Séance au palais des Congrès : Questions à l'ordre du jour : « Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopedie mentale ». Rapporteur : M. le Dr Bérillon. Discussion. — A 4 heures. Visite au musée Guimet, sous la direction de M. de Milloué, conservateur du musée,

Vendredi 17 aout. — Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent. Rapporteurs : M. le Dr Bérillon et M. le Dr Durand de Gros. Discussion. Communications diverses, — A 5 heures. Visite à la maison de santé du Dr Raffegeau, au Vésinet (photothérapie, hydrothérapie et électrothérapie). Cette visite a été suivie d'un lunch.

Excursion du Congrès d'hygiène à Noisiel

Le jeudi 16 août, à 1 heure du soir, un train spécial, partait de la gare de l'Est, conduisant les congressistes, et parmi eux nombre de dames, à l'usine de chocolats de M. Meunier à Noisiel (Seine-et-Marne), M. Menier, député de Seine-et-Marne, propriétaire de la chocolaterie, a fort courtoisement reçu les visiteurs qui, divisés en groupes de cinquante, ont parcouru cette usine modèle M. Menier, ses fils et les ingénieurs de l'établissement ont fait assaut de complaisance et de délicates attentions en dirigeant la visite. Tour à tour les congressistes ont traversé les magasins, es ateliers de triage du cacao, ceux de broyage, de pesage et de moulage, les refroidissoirs, les chambres où sont installés les divers moteurs, les ateliers d'emballage, les ateliers accessoires de mécanique, de menuiserie, etc. Mais ce qui a offert, pour le Congrès, le plus grand intérêt des la visite à la cité ouvrière. Autour de la place de la Mairie, où s'élève le monument du fondateur de Noisiel, M. E.-J. Menier, sont groupés les écoles, les magasins d'approvisionnement, les réfectoires pour les ouvriers célibataires, les restaurants. De larges avenues sont bordées de maisons disposées en quinconces comprenant pour chaque ménage deux pièces au rez-de-chaussée surélevé et deux chambres au premier. Un jardinet fleuri entoure la maisonnette. Des lieux d'aisance avec tout à l'égoût sont annexés à chaque habitation ; les eaux ménagères et de vidanges sont recueillies dans un réservoir et refoulées loin de Noisiel, dans le champ d'épandage de la ferme de Buisson. En haut de la cité ouvrière est la maison de retraite avec infirmerie, nouvellement construite.

M. Menier a ensuite ouvert aux congresssistes les splendeurs de son château, qui n'ont pu faire oublier le charme de la cité ouvrière.

A 5 heures, un excellent dîner a été servi dans le hall des dépendances du château. Au champagne, M. Brouardel a bu à la santé de M. Menier et de sa famille, et a rappelé les bienfaits de M. Menier père, qui a fait de Noisiel la cité ouvrière modèle que l'on venait de visiter. M. Menier a répondu en remerciant le Congrès de sa visite et en faisant un éloge délicat de l'hygiène, qu'il a su lui-même si bien mettre en pratique. Les convives se sont levés aux accents de la *Marseillaise*, exécutée par l'excellente harmonie de l'usine qui, durant tout le repas, avait fait entendre les meilleurs morceaux de son répertoire, et un train spécial a reconduit à Paris les visiteurs charmés qui garderont longtemps le meilleur souvenir de l'usine du chocolat de Noisiel et de l'hospitalité de M. Menier.

TRAVAUX ORIGINAUX

ALIMENTATION DES ENFANTS DÉBILES

Par le Pr P. Budin (1).

Dans les deux précédentes leçons, j'ai appelé votre attention d'une part sur l'importance de la température, en vous montrant qu'il faut absolument, chez les débiles, éviter le refroidissement et, d'autre part, sur l'alimentation.

La quantité de lait absorbé par les prématurés doit être suffisante sous peine d'inanition et de cyanose ; elle ne doit pas être trop considérable sous peine de diarrhée et d'altérations du tube digestif, nous avons donc essayé de déterminer ce qu'il faut, en moyenne, faire prendre aux enfants nés en état de faiblesse congénitale.

L'alimentation est indispensable pour qu'il y ait nutrition et développement des tissus du débile; elle est indispensable encore pour qu'il y ait production de la chaleur animale qui doit permettre à l'économie de lutter contre la température extérieure moins élevée que celle du corps.

L'aliment des enfants est le lait de femme; c'est, sauf exception, le seul qu'on doive donner aux débiles comme aux nouveau-nés à terme.

Dans la composition du lait de femme, il entre en moyenne par litre :

35 grammes de beurre;

74 à 75 grammes de sucre de lait ou lactose;

12 à 14 grammes de matières protéiques ou albuminoïdes;

2 grammes de sels minéraux.

Cela fait un total de 125 grammes environ d'extrait sec.

De toutes ces substances, la plus importante est le beurre; absorbé par l'intestin, il est emporté dans le sang et se répand dans toutes les parties de l'organisme pour y produire de la chaleur animale.

Le beurre est, parmi les substances qui entrent dans la composition du lait celle qui contribue à fournir la plus grande quantité de calories : un gramme de beurre donne 9 calories 3. Ce beurre est utilisé par l'organisme dans la proportion de 96 0/0.

(1) Extrait de : *Le Nourrisson, alimentation et hygiène. — Enfants débiles. — Enfants nés à terme.* Paris, Oct. Doin, Editeur, 8, Place de l'Odéon.

Si on calcule le nombre de calories que représente la ration alimentaire moyenne de l'enfant, on voit que 53 calories pour cent, c'est-à-dire plus de la moitié, viennent du beurre.

Le beurre joue donc un rôle très grand dans l'alimentation; si le lait ne contient qu'une petite quantité de beurre, l'enfant doit prendre beaucoup de ce liquide, si le lait contient au contraire beaucoup de beurre, le nourrisson doit téter moins, je vous en ai donné des exemples dans notre dernière leçon. Nous avons en outre montré que, si le lait est trop gras il peut déterminer des digestions mauvaises; alors au lieu de 4 0/0 de beurre dans les selles, on en trouve parfois jusqu'à 30 et 35 0/0.

Si le beurre est très important, puisqu'il fournit à lui seul plus de la moitié des calories dont l'enfant a besoin pour entretenir sa chaleur animale, il n'est point cependant l'unique substance alimentaire contenue dans le produit des mamelles.

Au point de vue général, industriel, commercial, c'est évidemment le beurre auquel on attache le plus d'intérêt, parce que dans le lait de vache c'est lui qui a le plus de valeur marchande; c'est donc lui qu'on enlève généralement, c'est sur lui que s'exerce la fraude. Mais il n'y a pas que du beurre dans le lait, on y trouve encore du sucre de lait et des matières albuminoïdes qui fournissent aussi des calories: la lactose en donne 29 0/0 et les matières albuminoïdes 18 0/0; elles ont donc aussi une certaine valeur au point de vue de la chaleur animale.

Ces substances contenues dans le lait ne sont pas seulement destinées à fournir de la chaleur à l'enfant, elles jouent encore un rôle considérable, les matières albuminoïdes particulièrement ainsi que les sels minéraux, dans la formation et la rénovation des tissus.

Ajoutons que le lait contient de l'eau (875 grammes par litre environ) et que cette eau est nécessaire: en effet, les tissus de l'enfant sont très aqueux, ils ont besoin pour leur constitution d'une grande quantité de liquide. La présence de l'eau dans le lait nous explique un phénomène qui, au premier abord, paraît assez singulier; certains enfants, qui ont eu de la diarrhée et qui sont guéris, augmentent de 400, de 500, et de 600 gr. même en une semaine. Cette différence de poids n'est certainement pas due à 600 gr. de tissus nouveaux qui se sont formés en si peu de temps. L'enfant ayant eu la diarrhée a perdu beaucoup de liquide et il a diminué rapidement de poids; ce liquide, il le récupère rapidement aussi, en l'empruntant à l'eau contenue dans le lait. L'eau favorise encore les fonctions de certains organes, des reins par exemple, et elle aide à la production de l'évaporation qui se fait du côté des poumons.

Il paraît démontré que l'enfant a besoin de 100 calories par vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids: pour un enfant de trois kilos, il faudrait donc une quantité de matières nutritives suffisantes pour produire 300 calories.

Ajoutons que chez les plus petits enfants, cette quantité de calories semble devoir être relativement plus considérable; la surface de leur corps est en effet plus grande, proportionnellement à leur poids, la surface d'évaporation qu'ils présentent est donc aussi plus étendue.

Enfin on ne doit pas oublier, en étudiant l'alimentation des enfants que deux choses qui leur sont nécessaires: 1° une ration d'entretien, qui leur permet de vivre en restant au même poids; 2° une ration d'accroissement, car ils doivent se développer, augmenter chaque jour. Il en résulte que si un enfant et un adulte ne prennent que du lait, l'enfant en absorbera, relativement à son poids, beaucoup plus que l'adulte: ce dernier n'a généralement besoin, en effet, que d'une ration d'entretien, le premier exige, en plus, une ration d'accroissement.

Le lait doit donc être donné à l'enfant débile en quantité suffisante sous peine pour lui d'inanition, de cyanose et de refroidissement : c'est pourquoi nous nous sommes efforcé de déterminer avec soin combien de grammes environ il devait prendre tout en évitant la suralimentation si dangereuse de son côté pour le tube digestif.

Comment peut on nourrir tous les enfants qui se trouvent dans un service de débiles comme celui qui existe à la Maternité? Ils y sont apportés, soit de la ville, soit des différents services d'accouchement des hôpitaux et ils n'ont plus leur mère pour leur donner le sein. Des nourrices sont chargées de leur alimentation. Elles doivent conserver leur propre enfant, car si elles n'étaient tétées que par des débiles, ces petits êtres chétifs, n'exerçant parfois que de faibles mouvements de succion, elles verraient vite leur lait diminuer et même disparaître.

Combien faudra-t-il de nourrices?

On avait prévu que ce service recevrait 26 ou 28 enfants, mais il est généralement encombré ; en 1895, y admettait plus de 40 enfants, il n'y avait cependant place que pour 14 nourrices. Peut-on avec 14 femmes, qui donnent déjà le sein à leur propre bébé, allaiter 40 enfants en état de faiblesse congénitale ? C'est un problème qui, au premier abord, paraît insoluble. Il ne l'est pas.

D'abord les enfants des nourrices tétaient leur mère, c'est vrai, et je les laissais exclusivement au sein pendant plusieurs semaines, mais au bout de ce temps, on commençait à leur donner du lait stérilisé et ils s'en trouvaient bien, comme le démontrait leur courbe de poids.

De plus, les nourrices peuvent fournir plus de le lait qu'on ne le croit. Voici comment je suis arrivé à le constater :

A mon retour de vacances, le 1er octobre 1895, je trouvai 50 enfants dans les couveuses et dans les berceaux. Pour subvenir à leur allaitement, nous n'avions donc que 14 nourrices au sein qui devaient en outre veiller sur leurs propres bébés.

Ces nourrices avaient à s'occuper de $50 + 14 = 64$ enfants : chacune d'elles devait, par conséquent, en allaiter et soigner soit 4, soit 5 ($64/14 = 4,5$). Chaque femme donnant le sein 9 fois environ à chaque enfant, aurait dû fournir 40 tétées en moyenne par jour, mais cela n'est pas tout à fait exact, car les nourrices font prendre à leur nourrisson du lait stérélisé. En revanche, elles sont obligées de faire couler avec les doigts, une certaine quantité de lait contenu dans leurs seins, pour les enfants qui sont incapables de téter ou pour ceux qui, syphilitiques ou soupçonnés de syphilis, boivent au verre.

Elles doivent de plus laver, baigner, habiller les enfants, changer l'eau chaude des couveuses, faire le service de leur dortoir et de leur réfectoire, etc. Dans ces conditions, les 14 nourrices étaient fatiguées, surmenées, les nourrissons qui leur étaient confiés n'augmentaient guère de poids et leurs propres bébés n'allaient pas très bien.

Nous avons alors pris le parti de diminuer le nombre des débiles soignés par les nourrices ; de 50 nous l'avons ramené à 30, en ne remplaçant point ceux qui succombaient ou qui partaient. Dans ces conditions, nos 14 nourrices devaient encore soigner $14+40 = 54$ enfants, ce qui faisait près de 4 enfants (3,8) pour chacune d'elles : elles n'avaient plus alors à donner que 34 tétées par jour au lieu de 40.

A partir de ce moment, les enfants des nourrices ont été mieux et les débiles ont beaucoup plus augmenté de poids : à partir de ce moment aussi, on a vu la quantité de lait fournie par chaque femme s'accroître progressivement.

Toutes les deux semaines, nous faisions relever la quantité de lait donnée par nos nourrices. Cela était facile. Chaque débile, nous l'avons dit, est pesé avant et après les tétées et on fait le total à la fin de la journée : en additionnant la quantité de lait four-

nie par la nourrice à ses divers nourrissons, en y ajoutant celle qu'elle a fait sortir avec les doigts pour les débiles gavés ou nourris au verre, et enfin celle qu'elle a donnée à son propre enfant, on a le chiffre exact de la quantité de lait produite pendant vingt-quatre heures.

Dans le tableau que je vous montre, j'ai réuni les quantités de lait fournis par 7 nourrices qui, se trouvant le 1er octobre 1895 dans notre service, y étaient encore à la fin du mois de février 1896.

NOMS	1er Oct.	15 Oct.	2 Nov.	29 Nov.	10 Déc.	15 Jan.	24 Jan.
Larth	1.340	1.340	970	1.545	1.070	1.240	1.420
Bouy	1.590	1.800	1.955	2.210	1.880	1.560	1.590
Elra	2.000	2.040	2.330	2.320	1.880	1.470	1.590
Pect	1.400	1.990	2.340	2.545	1.800	1.650	1.670
Lequill	1.895	2.070	2.170	2.840	2.010	1.240	2.030
Adam	1.660	2.090	2.170	2.350	1.670	1.540	1.485
Theil	1.720	1.750	1.780	1.810	1.530	1.420	1.500
Total	11.605	13.080	13.665	15.620	11.840	10.120	11.285
Moyenne par nourrice	1.657	1.868	1.952	2.230	1.690	1.431	1.621

On voit d'après ce tableau, que la quantité de lait fournie par ces nourrices a augmenté du 1er octobre au 29 novembre.

Le chiffre total du lait produit par ces 7 nourrices était :

Le 1er octobre, de 11,605 grammes, ce qui faisait 1,657 grammes par nourrice.

Le 23 novembre, de 15.620 grammes, ce qui faisait en moyenne, 2,230 grammes par nourrice.

Ainsi donc, voilà des femmes qui étaient arrivées à fournir 2,230 grammes de lait par jour et cette moyenne porte sur un nombre respectable de personnes, puisqu'elles étaient sept ; l'une d'elles nous a donné jusqu'à 2,840 grammes de lait dans les vingt-quatre heures.

Alors que s'est-il passé ? Le 26 novembre 1895, à 5 heures du soir, les nourrices, malgré les observations qui leur furent faites, sortirent avec leurs enfants par un temps humide et froid. Le lendemain 27 novembre, 3 d'entre elles et 9 enfants étaient atteints de bronchite. Je l'ai appris de suite, en faisant la visite des débiles. Un certain nombre d'entre eux étant restés stationnaires, j'en cherchai la cause et je sus que les nourrices auxquelles ils étaient confiés avaient passé une grande partie de la nuit debout à soigner leur propre nourrisson.

Le 3 décembre, malgré les précautions que nous avions pu prendre, l'épidémie envahit le service des débiles ; un assez grand nombre d'enfants succombèrent et nous n'en reçûmes plus.

On vit alors la quantité de lait fournie par les nourrices diminuer.

Le 10 décembre elle n'était plus que de 11,840 grammes pour les 7 nourrices, ce qui faisait en moyenne 1, 431 grammes par femme.

Les chiffres extrêmes sont donc :

11.606 grammes	le 1er octobre	ou 1.657 grammes	par nourrice
15.610 —	le 29 novembre	ou 2.270 —	—
10.020 —	le 14 janvier	ou 1.431 —	—

Entre le 29 novembre (chiffre maximum : 15,620 grammes) et le 14 janvier (chiffre minimum : 10,020 grammes), la production avait baissé de plus d'un tiers.

Le service fut rouvert le 1er février 1896, de nouveaux enfants furent reçus, et une quantité plus considérable de lait fut nécessaire. On vit alors la production s'accroître.

Le 24 février, elle atteignit 11,285 grammes pour les 7 femmes, ce qui faisait en moyenne 1,612 grammes par nourrice.

Dans un second tableau nous avons réuni 3 nourrices qui n'étaient pas dans le service le 1er octobre, mais qui y sont entrées l'une le 3, et les deux autres le 28 octobre.

NOMS	2 Nov.	29 Nov.	10 Déc.	14 Janv.	25 Fév.
Leje.....	1.535	2.140	1.660	1.030	2.240
Ménet.....	1.560	1.520	1.480	990	1.780
Mang.....	1.610	1.810	1.650	1.400	1.850
Total.....	4.705	5.470	4.790	3.620	5.870
Moyenne par femme.....	1.568	1.823	1.596	1.140	1.956

A partir du moment où l'épidémie éclate; la quantité de lait demandée aux femmes diminue progressivement.

Lorsque le service est ouverte de nouveau et que les enfants y sont reçus une quantité de lait plus considérable est nécessaire et on voit le chiffre de la production, qui de 1,823 grammes par jour était tombé à 1,140 grammes et avait diminué de plus d'un tiers, remonter à 1.956 grammes.

La quantité moyenne de lait fournie journellement par chacune de nos nourrices paraîtra considérable et elle nous a beaucoup intrigué. Ces femmes qui n'avaient à l'hôpital ni une alimentation extraordinaire, ni une alimentation particulière, étaient d'excellentes nourrices, puisqu'elles donnaient en moyenne 1,657, 1868, 1953 et même jusqu'à 2,270 grammes de lait par jour.

Elles étaient évidemment entraînées à fournir beaucoup de lait, parce qu'il leur en était demandé beaucoup.

Nous avons voulu étudier ce fait de plus près et nous avons cherché à nous rendre compte de ce qui se passait à partir du jour où les nourrices entraient dans notre service.

Comme on connaissait, à la fin de chaque journée, la quantité prise à leur sein par les débiles qui leur étaient confiés, il suffisait de peser aussi leur propre enfant à chaque tétée et le total indiquait la production dans les vingt-quatre heures. On constata que la quantité de lait fournie par ces nourrices allait s'accroissant progressivement pendant un certain temps.

La nourrice G..., par exemple, accouchée le 16 juillet 1896 et entrée aux débiles le 4 août, donnait :

Le 6 août	490	grammes	de lait
Le 7 septembre	910	—	—
Le 23 septembre	1.450	—	—
Le 20 octobre	1.640		—
Ls 16 novembre	1.900	—	—

La nourrice B..., accouchée aussi le 16 juillet 1896, et entrée dans le service le 6 août, fournissait :

Le 6 août	410	grammes	de lait
Le 23 septembre	1.370	—	—
Le 20 octobre	1.410	—	—
Le 16 novembre	2.050	—	—

Ainsi donc, au fur et à mesure que ces nourrices donnaient à téter aux enfants, la quantité de lait s'accroissait, la production finissait même par devenir considérable.

Très intrigué, je continuai mes recherches. Je comparai les quantités de lait fournies jour par jour par les nourrices, soit avec un nombre d'enfants restant le même, soit avec un nombre de débiles que je pouvais faire varier à volonté.

La nourrice Den..., accouchée le 10 mai 1897, entre comme nourrice le 5 juin : on lui confie trois petits enfants, en y comprenant le sien, elle avait donc 4 nourrissons.

Du 5 au 6 juin, elle donna dans les 24 heures	550	grammes	de lait
Du 6 au 7	1.040	—	—
Du 7 au 8	1 360	—	—
Du 8 au 9	1.300	—	—
Du 9 au 10	1.700	—	—
Du 12 au 13	1.760	—	—

L'enfant de la nourrice qui prenait à certaines tétées très abondamment, ayant eu des troubles digestifs et de la diarrhée, on diminua sa ration pendant quelques jours.

Du 13 au 14, la nourrice donna	1.630	grammes	de lait
Du 15 au 16	1.470	—	—
Du 16 au 17	1.420	—	—
Du 17 au 18	1.580	—	—

Du 18 au 19, la nourrice laissa prendre beaucoup à son enfant, 740 grammes de lait, de sorte que

Du 18 au 19, la nourrice fournit	1.930	grammes
Du 19 au 20	1.580	—
Du 20 au 21	1.690	—
Du 21 au 22	1.540	—
Du 22 au 23	1.630	—
Du 23 au 24	1.589	—
Du 24 au 25	1.820	—

Cette femme a donc toujours, pendant cette période, donné à téter à 4 enfants simultanément ; sa quantité de lait s'est rapidement accrue de 550 grammes à 1,760, puis à 1.930 grammes et elle se modifiait suivant la demande de ses nourrissons. Le jour où elle a fourni le plus, 1,930 grammes, est celui où son propre enfant prit 740 grammes pour sa seule part.

Voici une autre observation dans laquelle nous avons fait varier le nombre des enfants mis au sein.

La nourrice Mart..., accouchée le 26 mai 1897, entre le 11 juin au service des débiles, elle allaite successivement deux enfants, le sien y compris, puis 3, puis 4, puis 3.

Du 12 au 13 juin, elle donna....	690	grammes à	2	enfants
Du 13 au 14.....	810	—	2	—
Du 14 au 15.....	800	—	2	—
Du 15 au 16.....	850	—	2	—
Du 16 au 17.....	820	—	2	—
Du 17 au 18.....	1.000	—	3	—
Du 18 au 19.....	1.530	—	4	—
Du 19 au 20.....	1.750	—	4	—
Du 20 au 21.....	1.260	—	3	—
Du 21 au 22.....	1.030	—	3	—

Un des enfants, qui prenait 470 grammes par jour, avait été remplacé par un autre plus petit qui ne téta que 180 grammes.

Du 22 au 23 juin, elle donna....	1.130	grammes à	3	enfants
Du 23 au 24.....	1.120	—	3	—
Du 24 au 25.....	1.200	—	3	—

Au fur et à mesure que l'appel était plus grand, parce que le nombre d'enfants augmentant, cette femme fournissait plus de lait ; la quantité diminuait si l'appel était moindre.

Voici une autre observation qui n'est pas moins probante.

La nourrice Al..., accouchée le 25 mai 1897, entre aux débiles le 11 juin.

Du 12 au 13 juin, elle donna.....	720	grammes à	2	enfants
Du 13 au 14.....	990	—	3	—
Du 15 au 16.....	1.210	—	3	—
Du 16 au 17.....	1.240	—	3	—
Du 17 au 18.....	1.100	—	2	—

Mais son propre nourrisson avait pris à lui seul l'énorme quantité de 810 grammes; il eut des troubles digestifs, et on dut diminuer la quantité de lait qu'il absorbait.

Du 18 au 19, la femme donna 700 grammes de lait à 2 enfants.

Son bébé n'avait été autorisé à prendre ce jour-là que 360 grammes.

Du 19 au 20, elle donna.....	1.180	grammes à	3	enfants
Du 20 au 21.....	1.220	—	3	—
Du 21 au 22.....	1.530	—	4	—
Du 22 au 23.....	1.750	—	5	—
Du 23 au 24.....	1.550	—	4	—
Du 24 au 25.....	1.510	—	4	—

On voit donc très nettement la quantité de lait s'accroître avec l'appel, avec le nombre d'enfants, pour diminuer quand les nourrissons demandent moins ou sont moins nombreux.

Vous avez pu suivre dans le service, il y a quelques jours, une observation du même genre qui s'est passée sous vos yeux et dont je vous annonçais à l'avance le résultat. Il s'agissait d'une petite femme maigre, assez chétive, d'aspect souffreteux. Elle avait mis au monde deux jumeaux, le 14 janvier dernier. Elle nourrit l'un d'eux appelé René ; il pesait 2,630 grammes à sa naissance, tomba à 2,500, puis eut une courbe régulièrement ascendante, si bien que le 30 janvier il pesait 2.980 grammes; il prenait 500 grammes au sein de sa mère.

L'autre enfant appelé Robert, qui pesait en venant au monde 2.660 grammes, fut allaité d'abord par une nourrice; il tomba à 2.400 grammes et commença à s'accroître.

La mère ne voulait nourrir qu'un seul de ses enfants, mais que serait devenu le second à sa sortie de l'hôpital ? Tout en le laissant téter la nourrice, on le mit aussi bientôt au sein de la mère ; le 23 janvier, il y prit 110 grammes, puis 250, 300, 360, 440 et enfin 490 et 520 grammes qui lui suffirent. Il tétait, bien entendu, de moins en moins la nourrice ; on la lui supprima. Le jour de son départ, le 30 janvier, il pesait 2,725 grammes. Notre petite accouchée, d'apparence si médiocre, suffisait à l'allaitement de ses deux enfants qu'elle put continuer à nourrir chez elle, la quantité de lait qu'elle avait fournie s'étant accrue progressivement avec la demande et elle en produisait à elle seule, 1,020 grammes par jour.

Je vous ai montré tout à l'heure que certaines nourrices arrivent à fournir des quantités considérables de lait ; on peut se demander combien de semaines dure cette production. Chez quelques femmes pendant fort longtemps. Voici par exemple la nourrice And... âgée de 19 ans, qui, accouchée le 14 novembre 1896, entra aux débiles le 13 décembre de la même année. Du 29 au 30 décembre, elle donna 1,450 grammes de lait, et du 15 au 16 janvier 1897, à la huitième semaine, elle fournit 1,990 grammes. La quantité sécrétée varie suivant la demande, s'abaissant aux chiffres de 1,180 et 1,220 grammes pour s'élever à ceux de 2,080 grammes à la vingt-huitième semaine, de 2,235 grammes à la trentième semaine et de 2.280 à la trente-septième. Elle continue à osciller autour de 2,000 grammes par jour, et la cinquante-sixième semaine, le 6 janvier 1898, elle était encore de 1,880 grammes.

Voici un autre exemple, celui de la nourrice Gaill..., âgée de 22 ans, secondipare, accouchée le 16 juillet 1896 et acceptée aux débiles le 4 août suivant. Du 7 au 8 septembre, c'est-à-dire un mois après son admission, elle donnait 910 grammes de lait par jour ; cette quantité s'éleva à 1.900 grammes, puis elle oscilla et diminua, car les enfants étaient moins nombreux dans le service : on avait cessé les admissions à cause de deux épidémies de bronchite grippale survenues en janvier et en avril 1897 : à la 49e semaine cette femme fournissait encore 1,720 grammes de lait.

Je pourrais vous citer un certain nombre d'autres observations analogues, mais je craindrais d'abuser de votre patience : j'en rapporterai seulement une seule encore, celle de la nourrice Cap..., accouchée le 11 novembre 1896 et entrée dans le service des débiles, le 16 décembre de la même année. Du 29 au 30 décembre, elle donna 110 gr. de lait et du 15 au 16 janvier, c'est-à-dire à la 9e semaine, elle a fourni 1,280 grammes ; cette quantité s'éleva à 1,380 grammes du 5 au 6 février et à 1,850 grammes du 22 au 23 du même mois. Pendant les semaines qui suivirent, cette nourrice fournit de moins en moins de lait, au point que du 28 au 29 avril, elle n'en donna que 710 grammes. Comme pour la femme, de l'observation précédente, la demande était très réduite à cause des deux épidémies de bronchite grippale qui avaient fait le vide dans le service. Plus tard, la rentrée d'un certain nombre d'enfants nécessite une production plus grande et on vit la courbe du lait s'élever, la 26e semaine à 1,275 grammes, la 27e à 1,545 grammes, la 29e à 1,850 grammes, la 31e à 2,120 grammes, etc... Les chiffres de production oscillèrent entre 1,400 et 2,000 grammes et la 58e semaine, cette femme fournissait encore 1,690 grammes de lait.

Evidemment ces nourrices étaient exceptionnelles et on ne saurait espérer que toutes les femmes puissent fournir pendant aussi longtemps d'aussi grandes quantités de lait. C'est justement parce qu'elles étaient d'excellentes nourrices qu'elles étaient demeurées dans notre service.

Quelle était la qualité de ce lait fourni en aussi grande quantité ? Il n'était pas extrêmement chargé en beurre ; cependant, les analyses faites avec soin et souvent répétées

par Ch. Michel ont montré qu'il en contenait en moyenne 35 grammes par litre : c'était donc un lait de bonne qualité.

On nous demandera enfin ce que deviennent les enfants de nos nourrices qui arrivent à élever leur bébé et deux ou trois débiles.

Ces enfants des nourrices sont attentivement surveillés : ils sont pesés toutes les semaines et chacun d'eux a sa courbe. Cette courbe est très belle, égale ou supérieure à la courbe normale. Pour eux, en effet, nous avons recours à l'allaitement mixte. Quelques semaines après leur entrée, quand on les voit bien digérer et bien augmenter de poids, on commence à leur donner du lait stérilisé pur, 100 grammes par jour, puis plus tard 200, 300, 400 et 500 grammes, etc. Ils arrivent ainsi à ne plus prendre que 400, 300, 200 grammes dans le sein de leur mère qui donne tout le reste de son lait à nos débiles.

Il ne suffit pas d'avoir des nourrices qui donnent du lait, il faut encore que ce lait soit assimilé par les enfants. N'oubliez pas que nous avons affaire à des débiles dont les organes, mal développés, ne semblent pas fournir les éléments nécessaires à la bonne utilisation du lait. Dans certains cas, les prématurés ne digèrent pas bien parce que leur estomac, leur pancréas, etc., ne produisent sans doute pas encore leur sécrétion normale et, de ce fait, les enfants n'augmentent pas.

Je me suis demandé si on ne pourrait pas favoriser la digestion et, à certaines périodes, j'ai donné à quelques-uns de ces enfants, qui ne s'accroissaient pas, de la pepsine en paillettes : nous avons immédiatement vu, dans un grand nombre de cas, des modifications survenir dans l'assimilation.

Un enfant, par exemple, né en ville le 7 juillet 1895 et apporté à la Maternité le 14 juillet, fut inscrit sous le n° 253 : il pesait 1,300 grammes, il était absolument froid : le thermomètre placé dans le rectum ne s'éleva pas au-dessus de 31° cent. Pendant assez longtemps, il augmenta régulièrement de poids et atteignit 2,400 grammes. A ce moment, il resta presque stationnaire, au point que douze jours plus tard, il ne pesait que 2,430 grammes. On lui fit prendre de la pepsine et on vit immédiatement la courbe redevenir ascendante. Il quitta le service en bonne santé, pesant 2,760 grammes.

En voici un autre, né en ville le 18 juin 1895 et apporté le lendemain aux débiles où il reçut le n° 213. Il pesait, en arrivant, 1,320 grammes : sa température rectale était de 35°4. Il augmenta très peu, si bien qu'au bout d'un mois et trois jours, il ne pesait encore que 1,395 grammes : il n'avait donc gagné que 75 grammes sur son poids de naissance.

On lui donna de la pepsine et sous son influence on vit la courbe s'élever.

Je pourrais vous rapporter un certain nombre d'observations de ce genre, je me bornerai à vous signaler celle-ci. Il s'agit d'un enfant né le 7 novembre 1898, le n° 1528. Quand il fut expulsé, les membranes étaient rompues depuis trois jours, le liquide amniotique était fétide et il existait de la conjonctivite des deux yeux avec opacité de la cornée. Il pesait 1,625 grammes et il tomba à 1,450 grammes. Il resta presque stationnaire et le 25 novembre il ne pesait encore que 1,610 grammes, lorsque nous commençâmes à lui faire prendre de la pepsine. Sa courbe devint alors régulièrement ascendante, bien que la quantité de lait fournie par la nourrice fût absolument la même. Nous aurons du reste à revenir plus tard sur cette observation qui fut encore intéressante à d'autres points de vue.

On peut donc, chez certains enfants qui n'assimilent pas bien, recourir à la pepsine : Nous faisons personnellement usage de ce produit préparé sous forme de paillettes dont on fait dissoudre une petite quantité dans un peu d'eau de Vichy, une pincée, une cuillerée à sel par exemple, et qu'on donne avant la tétée.

(à suivre.)

DE LA GAIACOLISATION INTENSIVE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

par les Drs A. Weill, médecin en chef, et M. S. Diamantberger,
médecin suppl. de l'hôp. de Rothschild.

Depuis l'introduction du gaïacol dans la thérapeutique, en 1887, par Sahli (de Berne), qui l'administra aux tuberculeux sous forme de potion vineuse, nous avons assisté et même largement contribué à la fortune toujours croissante de cette drogue, qui occupe à l'heure actuelle une place des plus prépondérantes dans la série des médications antiseptiques employées avec succès dans la tuberculose pulmonaire.

Après les essais successifs de Sahli, Fraentzel, Bourget et Labadie-Lagrave qui administrèrent le gaïacol liquide dit du commerce par la voie stomacale, nous fîmes, en 1889, les premiers essais d'injections hypodermiques avec cette substance dissoute dans de l'huile de vaseline et nos résultats très encourageants obtenus sur une trentaine de phtisiques atteints à des degrés différents furent consignés par nous dans une série d'articles parus en 1890, dans la *Gazette des Hôpitaux* (nos 133, 142, 144).

Schoetelig (de Hambourg) et Pollyak (de Gœrbersdorf) publient en même temps leurs essais faits avec des injections sous-cutanées de gaïacol liquide.

Le professeur Picot apporta à la tribune de l'Académie de Médecine de Paris, cinq mois après, les résultats heureux obtenus dans son service de clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux à l'aide des injections sous-cutanées d'une solution à 2 0/0 de gaïacol et d'iodoforme dans de l'huile d'olive, dans le traitement des pleurésies purulentes, des péritonites mésentériques et de différentes formes de tuberculose pulmonaire.

M. Pignol publia aussitôt le résultat de ses essais similaires institués dans le service du Pr Germain Sée à l'Hôtel-Dieu, et de tous côtés le gaïacol fut essayé, devenant ainsi le le médicament à la mode.

L'engouement général pour cette nouvelle médication arriva un peu trop tôt, c'est-à-dire avant même que des recherches complètes, au point de vue clinique et pharmacologique, eussent fixé d'une façon suffisamment sûre les différentes particularités de la fabrication, de la purification, de la posologie, des incomptabilités et des propriétés exactes du gaïacol, dont on savait tout simplement qu'il est le principe actif de la créosote.

La plupart des essais faits, soit dans les hôpitaux, soit en ville, l'ont été avec des solutions huileuses (à 1, à 2 et, tout au plus, à 5 0/0) de gaïacol liquide du commerce, c'est-à-dire d'un mélange variable de gaïacol, de crésylol, de créosote et de phénol.

A ces solutions tout à fait obscures et instables on a ajouté, suivant les conseils de Picot et de Pignol, des substances diverses comme de l'iodoforme, de l'eucalyptol, du menthol, de l'acide phénique, de l'acide salicylique, etc.

(1) Communication faite au XIIIe Congrès international des Sciences médicales à Paris (août 1900), section de thérapeutique.

Malgré ces errements thérapeutiques, le gaïacol a résisté au vent de la mode, qui emporte et détrône si rapidement les médicaments nouveaux, et aujourd'hui, il vient revendiquer encore hautement et plus que jamais sa place au soleil.

Nos premiers essais avec la solution à 2 0/0 de gaïacol liquide dans de l'huile de vaseline étaient déjà très encourageants, mais insuffisants ; nous avons donc cherché et essayé diverses solutions et même le *gaïacol liquide pur* injecté en nature. Après beaucoup de tâtonnements nous nous sommes arrêtés en 1891 à une solution à *parties égales* de gaïacol dans de l'huile d'amandes douces stérilisée à 120°, et cette solution nous a permis d'introduire dans l'organisme, sous un très petit volume, une quantité suffisante de principe actif, car chaque seringue de Pravaz de 1 cc. contient 0 gr. 50 de gaïacol.

Nous sommes arrivés ainsi à injecter, sans aucun *inconvénient*, jusqu'à 6 et 8 seringues par jour et même plus ; c'est-à dire 3-4 grammes de gaïacol pur, chiffre qui dépasse de beaucoup la dose idéale que Bouchard, Yersin et Guttmann avaient fixée dans leurs expériences faites avec des créosotes plus ou moins rectifiées, pour pouvoir stériliser le milieu intérieur d'un individu infecté par le germe de la tuberculose.

Nous avons procédé au traitement méthodique et persistant d'un très grand nombre de phtisiques de tous les degrés et les résultats ont été communiqués aux congrès pour l'étude de la tuberculose, tenu à Paris en 1891 et 1893, accompagnés des observations détaillées, de tableaux synoptiques de même que de toutes les remarques concernant les effets immédiats et éloignés sur chaque symptôme en particulier.

Depuis cette époque, nous avons persisté dans nos recherches et nous avons introduit dans notre pratique plusieurs modifications dont nos malades ont profité dans une très large mesure :

1° Nous n'employons plus pour nos solutions le gaïacol liquide dit du commerce, qui n'est jamais pur et se trouve mélangé au crésylol et au phénol dans une proportion encore assez notable, ce qui lui donne sa causticité et son odeur pénétrante. Nous employons et nous prescrivons le *gaïacol cristallisé* préparé synthétiquement selon les méthodes indiquées par Choay et Béal qui, les premiers, l'ont obtenu synthétiquement en 1893, en préparant d'abord la pyrocatéchine sodée en solution méthylique et en faisant agir sur elle en autoclave, à 120 ou 130°, de l'iodure de méthyle en excès.

2° Nous ajoutons à notre solution gaïacolée à parties égales une petite quantité de chlorhydrate de cocaïne.

Notre formule est donc la suivante :

Gaïacol cristallisé (synthétique).....	10 grammes.
Huile d'amandes douces stérilisée à 120°.....	10 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,20 centigr.

F. s. a. (in v. nigro) pour inj. hypod.

En injecter en moyenne une seringue de Pravaz par jour dans la région fessière, directement dans la profondeur des tissus et non seulement sous la peau.

Nous avons décrit d'une façon très détaillée dans nos précédentes communications les effets physiologiques, les réactions plus ou moins marquées et les effets thérapeutiques bien connus de ces injections, dont l'efficacité s'affirme et s'accentue de plus en plus depuis que nous faisons usage du gaïacol cristallisé.

Malgré la dose déjà très élevée de notre solution qui est à 5 0/0, nous avons pensé depuis quelques années qu'il importe beaucoup d'augmenter ces effets, afin d'arriver au plus tôt à la stérilisation prompte et complète des secrétions broncho-pulmonaires, qui sont si directement influencées par le gaïacol, dont l'élimination principale se fait par les voies respiratoires.

Nous avons donc institué une *gaïacolisation intensive* de nos malades par l'introduction de ce médicament par toutes les voies disponibles.

a) Journellement un petit lavement d'un quart de verre de lait additionné de 40 à 50 gouttes de notre huile gaïacolée, précédé naturellement d'un grand lavement évacuateur d'eau boriquée à 3 0/0 ;

b) Badigeonnages sur toutes les parties de la cage thoracique à l'aide d'un pinceau imbibé de la même solution, sur une surface de 8 à 10 ccm à la fois ; pratiquer ces badigeonnages tous les jours et alternativement sur une autre portion de la paroi thoracique.

Pilules au gaïcaol et selon la formule qui suit :

Gaïacol synthétique	0 01 centigr.
Terpine cristallisée	0 02 —
Acide benzoïque	0 03 —
Extrait de belladone	0 001 milligr.
Extrait de jusquiame	id. —

Pour une pilule ; faire 100 pilules semblables.

En prendre une toutes les trois ou quatre heures dans la journée seulement.

Cette gaïacolisation intensive et journalière jointe au traitement hygiénique et diététique doit être continuée pendant plusieurs mois avec des interruptions de huit à dix jours toutes les trois semaines.

Les symptômes qui bénéficient le plus de cette médication sont par ordre d'importance : l'expectoration (quantité et fétidité), la toux, les hémoptysies, la fièvre, les sueurs nocturnes, la diarrhée et l'affaiblissement général. Nos observations dont le nombre dépasse aujourd'hui le chiffre de 500 sont très instructives au point de vue des différents effets sur les symptômes que nous venons d'enumérer, car l'action du gaïacol dans certains cas particuliers a été surprenante de promptitude et d'efficacité. La gaïacolisation intensive nous semble indiquée dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire, dans les bronchites chroniques à expectoration abondante et fétide, dans la gangrène pulmonaire, dans les tuberculoses intestinales, etc. Quand les ravages de la tuberculose ont franchi certaines limites et ont envahi l'état général ou des régions essentielles de l'organisme, il serait puéril d'attendre encore une action curative de la part d'un agent médicamenteux quelconque, qui n'agit réellement et primitivement que sur une étendue déterminée de tissu ou de muqueuse de l'arbre respiratoire : la déchéance organique étant généralisée, ne peut plus être entravée et toute médication devient forcément impuissante. Il en est de même tout naturellement du gaïacol dans ces cas désespérés.

Nous avons évité de parler dans cette communication des suppositions théoriques en vertu desquelles le gaïacol agirait avec plus ou moins d'efficacité et d'une façon pour ainsi dire spécifique, sur les lésions tuberculeuses même, et nous avons seulement voulu dire combien un phtisique atteint à un degré quelconque est susceptible de s'améliorer réellement, voir même de se guérir sous l'influence du gaïacol donné par la voie sous-cutanée, rectale, épidermique et stomacale à la fois.

L'hygiène, la suralimentation, l'aération et tous les moyens naturels qui jouent certes, le rôle principal dans le relèvement d'un tuberculeux, sont encore des moyens très difficilement applicables dans un très grand nombre de cas et de circonstances, où notre méthode de gaïacolisation intensive peut toujours être mise en pratique, et se montre souvent très efficace ou tout au moins très utile.

Paris, Août 1900.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la variole normale par vaccination intensive (*Médicinskœ Obosrenie* n° 5, 1900. — M. ABRAMOFF a eu l'occasion d'observer 12 cas de variole. Dans tous les cas on n'a employé, à part le régime, les bains à la période de dessication et les moyens symptomatiques habituels — aucune de ces médication internes ou externes qu'on a recommandées dans ces derniers temps : xylol, ichtyol. Tous les cas observés appartiennent à la catégorie des cas graves ou tout au moins très sérieux. L'observation a commencé à la période d'éruption ou de suppuration. Les vaccinations ont été pratiquées dès que les malades entraient à l'hôpital, elles étaient répétées tous les matins pendant 3 à 9 jours (6 piqûres dans de différentes régions libres d'éruption, de préférence sur le ventre et les extrémités) jusqu'à la chute de la température et au commencement de la dessication.

On a préféré les piqûres aux incisions d'abord pour la rapidité plus grande de l'opération, ensuite parce que le nombre des places non touchées par l'éruption n'a pas été grand. Aux points de piqûres on n'a observé parfois aucune réaction : dans d'autres cas au contraire, après les deux premières piqûres on s'est trouvé au bout de 4-5 jours en présence d'un tableau pathologique, rappelant celui de la vaccination ; la région injectée rougissait, il se formait une petite papule qui sans se transformer en fistule se desséchait. Mais dans ces cas également, il ne s'est produit aucune réaction à la suite des vaccinations successives.

Dans tous les cas la température baissait visiblement sous l'influence des vaccinations intensives, elle revenait à la normale au bout de 5 à 6 jours après 4 ou 5 vaccinations quotidiennes en même temps que l'état général des malades s'améliorait.

L'éruption variolique évolue de la façon habituelle pendant les deux ou trois premiers jours ; mais le troisième ou le quatrième jour on constate déjà l'éruption vésiculeuse et pustuleuse, c'est-à-dire que la durée du processus pathologique a diminué. Enfin le cinquième ou le sixième jour commence la dessication et le plus grand nombre des papules, particulièrement aux extrémités et au tronc, ne subit pas la suppuration ; quant aux vésicules qui allaient jusqu'à la suppuration elles se desséchèrent assez rapidement.

En résumé, la maladie évolue plus rapidement et plus favorablement. Les observations de l'auteur confirment donc complètement les conclusions formulées par le Dr Kotortschikoff sur l'action favorable des vaccinations intensives dans la variole.

G. ROUBLEFF.

Action des eaux sulfureuses sur la tuberculose pulmonaire, par M. BERTHIER (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Les eaux sulfureuses sont excitantes. Une excitation modérée produit un résultat tonique, un remontement général. Une excitation trop forte se traduit par des congestions profondes, des hémoptysies, excite la sudation, entraîne l'affaiblissement. Pour enlever à l'eau sulfureuse de sa nocivité, pour modérer son action excitante préjudiciable aux tuberculeux, il suffit d'en abaisser la température, ce qui est obtenu sans porter atteinte à la minéralisation. C'est l'idée directrice du traitement que l'auteur applique depuis un an à Amélie :

1° Chaque malade reçoit tous les deux jours une douche écossaise, d'une durée d'une minute, à 35°, terminée par un coup de froid à 28°, à 25° pendant 2 à 4 secondes. Cette douche très bien supportée, est suivie d'un bien-être général, elle entretient en bon état les fonctions de la peau, l'habitue à réagir, aguerrit contre le froid, tonifie l'organisme;

2° Le humage à température abaissée, vers 28° à 30° ne provoque aucun accident congestif. Il rend la respiration plus facile, calme la toux, facilite l'expectoration rendue plus fluide et exerce sur la surface respiratoire une action antiseptique. Une part importante dans l'amélioration pulmonaire lui est attribuable. L'hydrogène sulfuré possède une action antitoxique énergique à l'égard du bacille de la tuberculose. Les vapeurs du humage arrêtent le développement des cultures tuberculeuses sur la pomme de terre glycérinée et stérilisent les cultures déjà développées qui donnent des inoculations négatives;

3° L'eau sulfureuse en boisson n'est donnée qu'avec une grande circonspection.

Cette cure minérale est applicable à la tuberculose chronique à la période de germination, de ramollissement. L'existence de lésions catarrhales diffuses, d'un ramollissement étendu, la présence de cavernules permettent la cure minérale prudemment conduite. Les nerveux et les congestifs doivent être surveillés d'une façon plus attentive. Le traitement minéral doit s'appuyer sur un régime hygiénique rigoureux.

Les améliorations constatées portent sur l'état général, sur les troubles fonctionnels respiratoires, sur l'état local pulmonaire. Les bacilles diminuent dans les crachats; ils prennent l'aspect de bacilles dégénérés, ils s'allongent et deviennent granuleux. La cure minérale sulfureuse est peut-être, à l'heure actuelle, la médication la plus active contre l'infection tuberculeuse; elle s'adresse à la fois à l'état général et à l'état local pulmonaire.

Du cacodylate de soude dans le traitement de la cachexie palustre, par M. H. Billet (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Ce traitement a été pratiqué sur treize malades atteints de cachexie palustre plus ou moins prononcée, à la suite d'accès répétés de fièvre intermittente de type varié.

D'une façon générale, le nombre de globules rouges était descendu entre 3.500.000 et 2.500.000 par mcc. et le taux de l'hémoglobine entre 11 et 9 0/0.

Le traitement par le cacodylate de soude, institué immédiatement après le traitement quinique, a ramené les globules à leur nombre normal et même au-delà (5.500.000 à 5.700.000 en moyenne) en l'espace de 15 à 20 jours.

Le nombre des injections a été de cinq à six, espacées tous les trois à quatre jours, et à raison de 0 gr. 25 par injection. Dans deux ou trois cas, on a donné 0 gr. 10 par injection.

Le taux de l'hémoglobine s'est relevé parallèlement au nombre des globules et a atteint progressivement 11, 12, 12,5, 13 et 13,5 0/0, soit presque le taux normal.

Enfin, le poids a suivi également une progression ascendante et s'est relevé en moyenne de 3 à 4 kilogrammes pendant la durée du traitement.

Il semble donc qu'à la suite du traitement de l'accès palustre par les sels de quinine, traitement très efficace mais très hémolytique, le traitement par le cacodylate de soude soit le traitement réparateur par excellence de la cachexie palustre.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La pomme de terre comme aliment dans le diabète sucré, par A. Mossé (XIIIe *Congrès int. de Médecine.*, Paris 1900). — Faut-il interdire, peut-on permettre, et dans quelles proportions, les pommes de terre aux diabétiques? Les uns (Bouchardat, Munk et Ewald, Ebstein) sont pour la proscription absolue ou à peu près; d'autres, d'après la constitution chimique comparée du pain et de la pomme de terre (Boussingault, Balland) autorisent, non sans restrictions formelles, 100 à 150 grammes de celle-ci à la place de celui-là (G. Sée, Bouchard, Lépine, Lecorché, Robin, Esbach, etc.). Enfin, beaucoup de médecins craignant l'abus de cette autorisation inclinent, comme Dreyfus-Brisac, à l'interdiction complète.

La fréquence du diabète, chaque jour plus grande et la place primordiale, que la parmentière occupe dans l'alimentation de l'Europe, montrent l'intérêt pratique d'une réponse précise à cette question. Mais le problème n'est pas simple. D'une part, il n'y a pas *un* diabète: ce trouble de la nutrition se présente sous des formes cliniques très différenciées; d'autre part, la constitution chimique des pommes de terre varie suivant les espèces employées, le mode de culture, etc. D'où la crainte que ces diverses variables rendent trop aléatoires les résultats espérés et, en fin de compte, l'abstention plus ou moins complète.

Les recherches antérieures de l'auteur ont établi que certains diabétiques, avec accidents caractérisés, peuvent prendre pendant 15 jours, un mois, une dose quotidienne de 1,500 gr. de pommes de terre à la place de pain et tirer bénéfice de cette substitution. Sous les réserves imposées par une expérimentation restreinte, ces premiers résultats avaient conduit l'auteur à formuler la proposition suivante : « *Dans certains cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, les pommes de terre peuvent être non seulement autorisées, mais avantageusement conseillées pour remplacer le pain pendant une période plus ou moins longue.* »

Deux faits récemment observés ont permis de constater : l'un, que la substitution des pommes de terre au pain peut aussi influencer favorablement le syndrome urologique et l'état général dans le diabète maigre à marche rapide (D. pancréatique) ; l'autre, d'enregistrer après l'administration longtemps continuée de 1.200 à 1.400 grammes de pommes de terre à la place de pain complètement supprimé chez un diabétique arthritique avéré et *continuant à vaquer à ses affaires*, les bons résultats déjà obtenu chez les sujets hospitalisés.

La substitution rigoureuse des pommes de terre au pain n'a provoqué aucuns troubles ou accidents chez un diabétique avéré, fléchissant sous les effets de la grippe et de la neurasthénie post-grippale. Elle a été suivie, chaque fois, d'une amélioration de l'état général et du syndrome urinaire. *A deux reprises*, le retour au régime du pain, essayé à titre de contre-épreuve a enrayé cette amélioration. Le régime mixte (pommes de terre, 1 kilo ; croûte de pain, 150 à 200 grammes par jour), institué depuis deux jours est très bien supporté. Les effets se rapprochent de ceux obtenus pendant le régime de pommes de terre.

La modification favorable de l'excrétion urinaire chez un second malade atteint de diabète maigre est résumée par le tableau des moyennes nycthémérales correspondant à chacune des périodes des divers régimes suivis.

	Quantité	Réaction	Urée	Sucre
	—	—	—	—
	c. cubes		gr.	gr.
Pain (16-24 avril).	8,600	Acide	75,20	659,60
Pommes de terre (24 avril-3 mai)..	7,920	id	78,26	584,26
Pain (3-12 mai)...	8,870	id	70,22	644,38
Pommes de terre (12-29 mai).....	7,328	id	71,12	537 »
Régime mixte (29 mai-10 juin)... Pommes de terre (750 gr.)..... Pain (250 gr.)...	8,100	id	65,60	588,70

Ces résultats confirment entièrement la conclusion des précédents travaux de l'auteur. Ils permettent d'étendre au diabète pancréatique ce qu'il a avancé pour le diabète arthritique, mais toujours avec prudence et sous la réserve d'une surveillance attentive des effets produits.

Effets thérapeutiques des applications locales d'air à hautes températures (de 150° à 215° centigrades), par Blottière et Simonot (*XIIIe Congrès international des Sc. méd.*. Paris, 1900). — Les auteurs relatent les effets qu'ils ont obtenus par les applications locales d'air surchauffé dans certaines affections douloureuses. Le procédé, pour n'être pas absolument nouveau, puisqu'il a été appliqué de diverses façons à l'étranger, est presque inconnu en France.

Les auteurs se sont servis, pour le traitement de leurs malades, de l'étuve imaginée par l'un d'eux, qui présente sur les appareils similaires, les avantages suivants :

1° Possibilité de faire supporter des températures beaucoup plus élevées (jusqu'à 215° centigrades) lorsque les autres ne peuvent faire supporter que 130° à 150° centigrades ;

2° Suppression de tout danger de brûlure.

Pour atteindre ce double but, on a employé, pour construire l'appareil, la terre poreuse réfractaire et on lui a donné une disposition telle que l'évaporation de la vapeur provenant de la transpiration du membre traité et de la flamme puisse se faire continuellement au fur et à mesure de la production, de sorte que l'air intérieur sans être rigoureusement sec ne peut jamais être saturé de vapeur d'eau.

Le membre à traiter est suspendu dans un hamac d'amiante qui peut être découvert à volonté ; on a ainsi toute facilité pour placer le membre et le retirer de l'appareil sans qu'il soit exposé à venir au contact des parois brûlantes de l'appareil.

Les A. communiquent les cas qu'ils sont arrivés à guérir, consistant en douleurs rhumatismales aiguës, subaiguës et chroniques, goutte, sciatiques, œdèmes traumatiques et rhumatismaux, rhumatismes, déformants, arthrites blennorrhagiques, hydarthroses, lumbago, etc...

Ils expliquent ensuite le mode d'action physiologique des applications locales de ces hautes températures sur la circulation, action rendue évidente par des tracés sphygmographiques.

Ils concluent que ce traitement produit une rapide cessation de la douleur, la résorption des œdèmes et des exsudats dans les cas susindiqués et par suite le retour des mouvements quand l'impotence fonctionnelle était due à la douleur.

Un cas de mort par cocaïnisation rachidienne par J. Goilar (Bucarest) (*Revista de chirurgie* juin 1900 n°6). — A la suite de cocaïnisation par la voie lombaire, l'auteur a observé chez un vieillard des symptômes d'intoxication mortelle survenus 20 heures après une amputation de jambe. Chez un autre malade, des accidents analogues avaient été notés; mais celui-ci put être sauvé. L'auteur condamne donc énergiquement cette méthode et lui préfère l'anesthésie générale.

P. Sainton.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

De la percussion méthodique du crâne (*Académie de médecine*, 1900). — M. Lannelongue exprime qu'il serait désirable de pouvoir déterminer l'épaisseur de la paroi crânienne avant d'opérer sur cette région. Car, outre les données anatomiques que nous possédons, il faut compter avec l'augmentation d'épaisseur des parois dans les états pathologiques.

M. Chipault a fait des expériences assez démonstratives pour répondre à cette question; il s'est servi, soit d'un petit marteau, soit du doigt, qu'il préfère. Le doigt médian de la main droite, en frappant bien verticalement sur le crâne, les cheveux rasés ou écartés, pourrait recueillir des impressions nettes d'élasticité et de résistance du son. Il faut toujours recommander au sujet de tenir la *bouche fermée* pendant cette exploration.

On obtient ainsi une *tonalité* d'autant plus claire, c'est-à-dire sonore, que l'on percute des régions moins épaisses. La tonalité est claire chez l'enfant, mate chez l'adulte, — plus chez l'homme que chez la femme, — moins mate chez le vieillard, plus claire dans les régions frontale et pariétale que dans la région occipitale.

Chez un jeune homme de 18 ans, qni avait présenté des troubles mentaux après un traumatisme crânien, sans fracture, l'auteur fit la trépanation, en se guidant sur le son mat de la région frontale. Or, l'épaisseur anormale de l'os fut contrôlée par l'opération, sur toute l'étendue de la région percutée. Il ajoute quatre cas de trépanation pariétale ou rolandique qui sont aussi probants. Il y a aussi des différences de son très grandes, suivant que la paroi crânienne est en continuité ou en discontinuité. Chez les trépanés, le son est plus clair du côté opéré. S'il y a perte de substance à la suite d'un traumatisme ancien, la percussion donne un bruit de pot fêlé. Il serait intéressant de rechercher à quel degré ce bruit de pot fêlé existe dans les fractures récentes. Ce sont de délicates nuances, sans doute, à établir. Une dernière application consiste à diagnostiquer, chez les enfants idiots, ou arriérés (hérédo-syphilitiques), la synostose prématurée des os du crâne qui s'oppose au développement du cerveau. On peut en tirer de précieuses indications pour la *crânectomie*, que M. Lannelongue a conseillé d'appliquer à quelques-uns de ces cas, pour libérer le cerveau.

A. Benoit.

Quelles sont les fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation. Résultats de ce traitement, par le Dr Lucas Championnière, (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, c'est l'application *précoce* du mouvement au membre traumatisé. Il ne faut pas le confondre avec l'emploi *secondaire* du massage pour faire disparaître l'enraidissement des membres, traitement ancien, ni avec un massage banal dont la violence déterminerait des douleurs et même des accidents.

Pour empêcher cette confusion aux dépens de la méthode on pourrait caractériser celle-ci par un mot le *glucokinésis*.

Ce traitement consiste dans l'application du mouvement méthodique dès l'*époque la plus rapprochée* de l'accident qui a amené la fracture.

Ce mouvement doit être *méthodique* et *dosé*. Le massage très doux et très progressif jusqu'au voisinage du foyer de fracture, sans action directe sur celui-ci, est un moyen de l'application de ce mouvement qui peut cependant, en certaines circonstances, être appliqué sans massage.

Cette méthode s'appuie sur des principes nouveaux. *L'immobilisation absolue est moins favorable à la réparation de l'os qu'une certaine dose de mouvements.* Cette dose de mouvements est, à plus forte raison, favorable à la réparation des parties molles.

L'auteur a commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880).

Puis il a appliqué la méthode avec et sans massage à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

La *douleur* disparaît très promptement et cette disparition est le criterium d'un bon massage et

d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

La *contracture* disparaît rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la disparition de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

La *résorption* du sang et des liquides épanchés est bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

La *vitalité* de la peau est conservée.

Les *reflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

Une des raisons qui peuvent encourager à supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

Certaines variétés de fractures peuvent *être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil* d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Coude. Toutes les fractures et surtout les fractures de l'olécrane (l'auteur n'a pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléollaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement*.

Fractures de l'humérus à la partie moyenne sans déplacement, certaines fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certain nombre de cas, la *mobilisation* peut être faite *sans massage*. C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

Chez le vieillard l'auteur a laissé la fracture du col du fémur à l'immobilisation et il a appliqué le massage à toutes les autres fractures.

Dans les cinq années qui viennent de s'écouler, le Dr Dagron, son assistant pour le traitement des fractures et le massage à l'Hôtel-Dieu, a traité un nombre considérable de traumatismes. Voici l'indication des fractures traitées régulièrement.

Péroné, 65 cas, massage, presque exclusivement sans appareil d'immobilisation.

Jambe, 90 cas, ainsi répartis :

Epiphyse supérieure, 10 cas (sans appareil).

Région moyenne 38, sauf 2 cas, combinaison d'appareils et de massage.

Bimalléolaires pour la plupart sans appareil avec mobilisation et massage.

Fémur, 6 cas (massage complémentaire).

Omoplate, 3 cas (massage exclusif),

Humérus, 60 cas.

Clavicule, 64 cas (massage exclusif, sans appareil).

40 extrémité supérieure (sans appareil, massage exclusif).

12 région moyenne, combinaison d'appareil et de massage, sauf trois cas traités par le massage sans appareil.

Olécrane, 20 cas (massage exclusif, avec mobilisation sans appareil).

Avant-bras et cubitus, 22 cas (combinaisons diverses d'appareils et de mobilisation).

Radius, 124 cas, traités à peu près exclusivement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Os de la main et du pied, 7 cas, traitement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Traitement sanglant des fractures récentes de jambe, par Charles Dujarier (*Thèse de Paris*, 1900. — Après avoir fourni des observations concluantes, l'auteur arrive à formuler les conclusions : toutes les fractures compliquées doivent être ouvertes largement, nettoyées et suturées s'il est besoin. Cette intervention doit être aussi hâtive que possible. Parmi les fractures fermées, on opérera celles qui sont accompagnées de gros déplacements et dont la réduction est difficile à maintenir.

La plupart des fractures obliques et articulaires rentrent dans cette catégorie. — L'intervention sera d'autant plus facile et donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'elle aura été plus précoce. — Le chirurgien doit s'efforcer d'avoir une instrumentation aussi complète que possible lui permettant de modeler les fragments au besoin, pour obtenir une bonne suture osseuse. — Toute fracture sera radiographiée avant l'intervention, immédiatement après, puis à la sortie du malade C'est le seul moyen de savoir à quel point l'acte opératoire à été utile.

Bornée à ces cas, il est évident que l'intervention est aujourd'hui indiscutable; le mérite de cette thèse qui s'appuie sur les travaux de Ransohoff, en Amérique et A. Lane, à Londres, consiste à mettre en évidence l'avantage du traitement chirurgical, depuis que nous possédons la radiographie comme moyen de contrôle, et à opposer les succès modernes aux résultats déplorables des anciennes méthodes.

A Benoit.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche, par Doyen (XIIIe *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900. — La cure radicale de la luxation congénitale de la hanche ne peut être obtenue que par l'opération.

Le temps principal est la réfection de la cavité cotyloïde.

On obtient une cavité cotyloïde parfaite et convenablement orientée en la creusant avec un tube tranchant cylindro-sphérique de diamètre approprié.

La réduction peut exiger l'emploi de l'appareil spécial que l'auteur a construit à cet effet. La tête, saisie par une cuiller métallique, est conduite par une puissante vis de rappel jusque dans le cotyle.

Dès que la réduction est faite, il est en général nécessaire de placer la jambe dans l'abduction avec rotation en dedans. Les insertions supérieures du premier et du second adducteur sont sectionnées si elles sont trop tendues et l'appareil plâtré est appliqué sur le brancard démontable que l'auteur présente au Congrès.

La direction défectueuse du col du fémur peut exiger pour la réduction une rotation en dedans de 50° à 60°.

Dans ces cas, le genou et le pied, qui occuperaient pour toujours une situation vicieuse, sont redressés par une ostéotomie supra-condylienne du fémur suivie de rotation du fragment inférieur de dedans en dehors. Cette opération complémentaire est pratiquée au bout de trois à quatre semaines.

L'auteur étudie en ce moment les avantages de l'interposition entre la tête fémorale et le nouveau cotyle, d'un fragment d'aponévrose frais et stérilisé, pour assurer la mobilité de la néarthose.

De la nirvanine en chirurgie, par le Dr J. Braquehaye (XIIIe *Congrès internat. des Sc. med.*, Paris 1900). — L'auteur a pratiqué 100 fois environ l'anesthésie locale avec la nirvanine et il en a obtenu de bons résultats, sauf dans les tissus cicatriciels et les tissus très enflammés.

Il a opéré ainsi 2 abcès du foie, une colpop rinéorraphie pour prolapsus utérin et fait de nombreuses interventions de moindre importance.

Il se sert de la solution à 5 0/0 dont il injecte 10 cc. et même au-delà, sans avoir jamais observé d'intoxication. Il injecte avant d'opérer 1 cc. de solution glycérinée d'extrait de capsules surrénales pour éviter pendant l'opération, le suintement sanguin en nappe que cause la nirvanine.

A cette dose, l'anesthésie est aussi bonne qu'avec la cocaïne, et même sa durée semble plus longue.

La nirvanine a encore d'autres avantages.

A dose usuelle, elle a des propriétés antiseptiques, sans être caustique.

Elle peut être stérilisée plusieurs fois sans perdre son pouvoir anesthésique.

Enfin elle est très peu toxique, ce qui l'indique absolument chez les cardiaques, les malades très affaiblis, etc., pour lesquels la cocaïne est dangereuse.

Cette dernière propriété devrait engager à la substituer à la cocaïne pour les injections directes dans le canal rachidien telles qu'on les fait depuis peu pour obtenir l'anesthésie.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Opothérapie gastrique par MM. Gilbert et A. Chassevant. (*XIIIe Congrès Internat. Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'extrait gastrique est préparé en desséchant rapidement dans le vide à une température inférieure à 35° la muqueuse de l'estomac du porc. C'est une poudre gris jaunâtre, sans saveur ni odeur, qui renferme les différentes substances de la muqueuse gastrique conservées dans l'état où elles se trouvent au moment où on a sacrifié l'animal,

L'activité protéolytique de ce produit est dix fois plus grande que celle de la pepsine du codex. Un gramme d'extrait gastrique peptonise 200 grammes d'abuminoïdes et correspond à 50° de suc gastrique normal de l'homme.

L'extrait gastrique ne diffère pas seulement de la pepsine par son activité plus grande, mais encore et surtout en ce qu'il contient outre la pepsine elle-même les autres substances (caséase, principes extractifs) des glandes stomacales; il est analogue aux extraits hépatique, ovarien, thyroïdien qu'on emploie en opothérapie.

Il est important d'éviter la peptonisation et l'autodigestion de la muqueuse, car on observe la disparition d'une partie du pouvoir protéolytique et coagulant, et corrélativement une transformation et une destruction des principes extractifs.

L'emploi de l'extrait gastrique en thérapeutique est déterminé par la notion du fonctionnement chimique de l'estomac dans les dyspepsies.

C'est dans les *hypopepsies* qu'il trouve par excellence son indication.

Lorsqu'à l'hypopepsie s'associera l'hypochlorhydrie, à l'administration de l'extrait gastrique on joindra celle de l'acide chlorhydrique.

Dans les hypopepsies, l'extrait gastrique permet de réaliser dans l'estomac comme *in vitro* une véritable digestion artificielle; mais il est possible qu'il agisse encore par l'excitation des glandes qui subsistent dans la muqueuse de l'estomac malade. En même temps, si les glandes gastriques possèdent une sécrétion interne, l'extrait gastrique pourrait avoir pour propriété de suppléer à sa réduction.

Les auteurs, sans vouloir envisager la grave question de la régénération des glandes stomacales dans les gastrites aiguës ou chroniques, ont cru devoir du moins soulever l'hypothèse de sa possibilité et aussi de la possibilité d'y aider par l'extrait gastrique.

Ces brèves considérations suffisent à faire comprendre que l'extrait gastrique puisse, dans certaines conditions, être administré par la voie rectale, non sans espoir d'action.

De la suralimentation par les corps gras. Le Sésamol, par MM. Lunel et Demont, (XIIIe *Congrès Internat. de Méd.*, Paris, 1900). — Il est universellement admis aujourd'hui que le seul traitement rationnel d'une foule d'affections aiguës ou chroniques est la suralimentation et que la plus rapide suralimentation semble être obtenue par les corps gras.

Il résulte d'une étude approfondie des corps gras des diverses origines que celui qui présente la plus grande valeur nutritive, bien supérieure même à celle de l'huile de morue, est le produit extrait, exclusivement aux autres parties de la plante, des semences de « sesamum orientale ».

Ce produit, le sésamol, se présente avec une brillante couleur dorée sans odeur sans autre saveur, appréciable qu'un léger et agréable goût d'huile de faine. Il a été accepté sans aucune difficulté, ni dégoût, par tous les malades d'âges les plus variés, pendant les saisons les plus diverses, sans provoquer jamais aucun trouble de digestion.

Le sésamol est le principe naturel de la semence ; il n'a pas été saponifié et n'a subi l'action d'aucun réactif chimique. Extrait et purifié par des procédés physiques ayant pour but de le débarrasser des nombreux corps étrangers qu'il renferme, le sésamol conserve la complexité de sa composition chimique originaire à laquelle il doit sa facile digestibilité. L'analyse le montre composé, notamment d'un corps gras neutre et, en faible proportion, de deux autres principes, dont l'un est encore à l'étude et dont l'autre a été isolé à l'état de pureté par M. Tocher.

Les dernières analyses confirment que le sésamol est le seul composé oléagineux qui ne renferme qu'une proportion infinitésimale d'acides gras, fait important, car il est extrêmement probable que c'est à cette circonstance qu'il doit sa très grande digestibilité. Cette manière de voir est en parfaite concordance avec les savantes théories des professeurs Dr Von Noorden, Stüve, Bensaude, etc., etc.

Le sésamol est administré dans tous les cas où l'huile de morue est conseillée, dans la scrofulose, la tuberculose. Il a donné d'excellents résultats dans les cas de nutrition défectueuse. dans la dyspepsie nerveuse, l'hyperacidité, le catarrhe et l'ulcère de l'estomac et dans les états pyrétiques d'origine microbienne.

Les dernières observations ont porté sur une

série de plus de 100 malades, qui ont pris 60 à 100 grammes de sésamol par jour. Toutes ont donné des résultats extrêmement satisfaisants. parmi lesquels il faut citer dans le service de M. le docteur Landrieux, à l'hôpital Lariboisière, deux tuberculeuses de la salle Langle qui ont augmenté du 11 au 22 juillet dernier, malgré la chaleur, de 4 kilog. et 2 k. 500, tandis que les malades pris en comparaison et suralimentés par les méthodes ordinaires n'accusaient qu'une augmentation de 1 kilog. environ.

Dans le service de M. le Dr Félizet, chirurgien à l'hôpital Tenon, les résultats ont été aussi satisfaisants.

Un malade atteint de lithiase rénale et perdant de 25 à 30 grammes d'albumine par jour, arrivé à un état presque cachectique, a augmenté en 30 jours du poids invraisemblable de 6 kilog. 500.

Le sésamol peut être employé aussi en injections hypodermiques ; on peut lui adjoindre tout autre médicament, créosote, gaïacol, camphre, etc., etc.

Des indications et des résultats de la gastro-entérostomie à l'hôpital cantonal de Lausanne : 100 observations dont 46 gastroentérostomies, par M. Bourget, (XIIIe *Congrès Internat. de Méd.*, Paris, 1900). — 1° La gastroentérostomie s'impose chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre le libre passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

2° Pour être autorisé à pratiquer cette opération, la cause du rétrécissement doit être permanente ou définitive, soit par tumeur, bride, cicatrice d'ulcère ou anneau fibreux.

3° Elle est contrindiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique chez les neurasthéniques, dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois.

4° Elle ne sera pratiquée qu'après une étude attentive du travail mécanique de l'estomac, qui sera apprécié à différentes phases de la digestion, et avec des repas d'épreuve rigoureusement les mêmes pour chaque exploration. Dans les cas où l'on soupçonne une cause passagère de stricture (nervosité) on fera les mêmes explorations, mais plus souvent répétées, à cause de la variabilité des résultats et aussi sous l'influence d'un bain tiède prolongé, du bromure de potassium et même de la suggestion.

5° L'insufflation stomacale est nécessaire pour renseigner sur les cas de ptose gastrique ou sur l'importance de la dilatation.

6° La gastroentérostomie est une opération curative dans les cas de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou adhérences péripyloriques.

7° Elle est palliative dans les cas de tumeurs malignes intéressant le pylore, mais elle peut prolonger l'existence du malade d'une manière tout à fait remarquable.

8° Les résultats ont été peu satisfaisants chez les nerveux et les ptosés.

9° Après l'opération, le travail chimique de l'estomac est peu influencé, bien que le taux de l'acidité diminue.

10° Le fonctionnement mécanique de l'estomac est considérablement modifié. L'évacuation du contenu stomacal est assurée ; elle se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pylore normal. La durée du travail de digestion stomacale chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal.

11° L'estomac reprend peu à peu son volume et sa situation normale.

Eucasine dans le pyrosis (*Wratch*, n° 16, 1900). — Kurkiewiez rapporte le cas d'un malade de 33 ans, atteint depuis six ans de pyrosis survenant à la suite de l'ingestion de n'importe quel aliment. Pendant très longtemps, le malade prenait un mélange de carbonate de chaux et de carbonate de magnésie, et il était arrivé à en prendre jusqu'à 15 grammes par jour.

Ayant par hasard pris un peu d'eucasine, le malade constata la disparition complète du pyrosis. Depuis ce moment — il y a de cela six mois — le malade prend de l'eucasine, après les repas, à une dose variant d'une demi-cuillerée à une cuillerée entière. L'eucasine fait toujours disparaître le pyrosis, et si elle est prise immédiatement après les repas, le pyrosis ne se produit pas du tout. Il faut noter que l'appétit a augmenté et que la nutrition générale s'est améliorée. Kurkiewicz explique l'action favorable de l'eucasine dans le pyrosis, par ce fait que l'eucasine en sa qualité d'albuminoïde se combine dans l'estomac avec les acides, et, en supprimant l'excès de ces derniers, supprime par le fait même, la cause du pyrosis.

D. Roubleff.

Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène, par M. Berthier (*XIIIe Congrès internat. de méd.*, Paris 1900). — Le bleu de méthylène est un médicament d'origine histologique. Il a reçu des applications thérapeutiques diverses. L'étude de son action sur l'hyperchlorhydrie et la gastralgie l'a conduit à l'appliquer à la dysenterie, infection du gros intestin qui a pour dominante symptomatique des phénomènes nerveux intestinaux : envies impérieuses

d'aller à à la garde-robe, selles fréquentes, coliques, ténesme, arrêt de la sécrétion biliaire commandée par un trouble nerveux de l'intestin. Le bleu de méthylène est parasiticide, analgésiant, cholagogue. Il est donné par jour deux à quatre lavements chauds, d'un litre, contenant en dissolution 1 à 2 décigrammes de bleu. Le lavement est administré le malade couché et en plusieurs temps, il doit être conservé le plus longtemps possible. Ces douleurs, coliques, ténesme cessent rapidement; les gardes-robes deviennent plus rares. Après un à deux lavements, au plus tard le deuxième jour la bile revient dans les selles. Ce retour rapide de la bile paraît produit par l'action analgésiante du bleu, et éclaire un des points de la pathogénie de la dysenterie. Lorsque la dysenterie s'installe, les selles se décolorent rapidement il y a arrêt de la sécrétion biliaire. Cette acholie paraît sous la dépendance d'une action réflexe partie du gros intestin hyperexcité. Le bleu supprime cette hyperexcitabilité, le réflexe est supendu et la sécrétion biliaire reprend son activité. Le retour de la bile est la meilleure marque de l'amélioration. La bile réalise la désinfection intestinale, elle a un léger pouvoir antiseptique et une action antitoxique prononcée. La médication par le bleu de méthylène amène la guérison rapide de la dysenterie.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Traitement de la pneumonie, par le Dr Mueroz (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas*, n° 5, 1900). — La pneumonie est aujourd'hui universellement considérée comme une infection générale avec localisation pulmonaire.

Le mécanisme de la mort dans la pneumonie peut se faire sous trois formes principales, l'*asphyxie*, la *toxémie* et l'*infection*.

L'asphyxie, généralement mécanique et chimique à la fois, se produit par l'extension du processus ou par l'invasion progressive de l'exsudat aux deux poumons, ce qui diminue l'hématose; en même temps il y a dilatation des cavités droites du cœur par surcharge veineuse. Cette terminaison s'observe généralement chez les cardiaques, les catharreux, les malades à cœur fatigué et dilaté.

Chez les arthritiques, les rhumatisants, les alcooliques, etc., il se produit une émigration de pneumocoques qui vont coloniser d'autres organes ou passent dans le sang, produisant un état typhique avec lésions intestinales occasionnant la mort.

La toxémie produit la mort par empoisonnement du sang, sans lésions matérielles appréciables à la vue : les individus surmenés, les alcooliques et les goutteux meurent ordinairement de cette façon.

Quand la fièvre dépasse 40° pendant des heures ou même des journées entières, il faut recourir aux saignées abondantes, et, quand l'effet ne se fait pas sentir immédiatement, aux bains.

Quand le pouls dépasse 120 et les respirations 40 à la minute, ce qui indique une inhibition du pneumogastrique ou une mauvaise nutrition du cœur par du sang peu oxygéné, l'indication de la saignée est urgente. Par l'emploi de sérums et de sucs organiques, on introduit ensuite de l'eau et des sels en quantité suffisante dans le sang : la saignée aura éliminé une quantité considérable de toxines et d'acide carbonique. Dans ces cas-là, il faut aussi employer la strychnine et la caféine, qui représentent des stimulants cardiaques et enraient indirectement les altérations du pneumogastrique.

Quand l'asphyxie domine, on utilisera les inhalations d'oxygène, en attendant l'emploi d'autres moyens moins rapides dans leur action mais de résultats plus durables.

Le point de côté peut indiquer l'existence d'une pleurésie ou au moins d'une distension du feuillet pulmonaire par hypérémie. Les ventouses, les applications de glace, les cataplasmes et les linges imbibés d'eau très chaude, mais surtout les vésicatoires, remplissent ici une indication très importante. Chez les petits enfants et les vieillards, il faut user très modérément de ce dernier moyen.

Quand les signes stéthoscopiques et plessimétriques occupent une zone très étendue, le danger est aussi évident, car l'hypérémie ou l'exsudat abondant s'accompagnent alors d'une dilatation des cavités droites du cœur avec tendance à la vacuité des cavités gauches. Les stimulants et les toniques cardiaques, comme la digitale et la strychine sont très indiqués, mais c'est surtout ici que la saignée trouve son indication.

F. Béreni.

Traitement de pneumonie franche par l'ergotine, par S. Kleczkowski (XIIIe *Congrès int. des sc. méd.* (Paris 1900). — La pneumonie franche a, de tout temps, préoccupé le monde médical, et l'importance d'un traitement rationnel ressort de la mortalité élevée de cette affection

D'un côté, grâce aux progrès de la science moderne, nous connaissons aujourd'hui et les agents pathogènes de la pneumonie et leurs toxines, ainsi que les conditions de leur développement et de leur destruction. D'un autre côté, la clinique nous apprend que certains états dans lesquels le malade peut se trouver, tels que bronchite chronique, emphysème, obésité, débilité, glycosurie, alcoolisme aggravent singulièrement le pronostic. Mais ce qui est beaucoup moins connu, c'est la méthode de traitement, ou simplement l'agent thérapeutique capable de modifier directement cet état morbide.

Il n'y a pas encore longtemps que la phlébotomie régnait en maîtresse absolue, avec ses effets désastreux. Les tentatives actuelles de réintroduction dans la thérapeutique pneumonique ne semblent pas appelées à un grand succès. Ensuite c'était le tour des éméto-cathartiques, accompagnés de vésicatoires cantharidiens, qui ont fait beaucoup souffrir les malades, sans cependant occasionner la mortalité aussi élevée. Viennent après, l'alcool, la glace, les bains froids, la vératrine, le calomel, la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, la pilocarpine, la nucléine, la digitale à haute dose, le chlorure de sodium, mais aucun de ces agents thérapeutiques n'a pu influencer d'une manière favorable la marche de cette affection. Seul l'oxygène semble produire un effet utile.

Il y a un autre agent thérapeutique qui donne des effets très concluants ; c'est l'ergotine Bonjean.

Depuis dix-huit ans l'auteur traite les pneumonies, aussi bien de la base, que du sommet, par l'ergotine. Si on l'administre le jour même du frisson initial, très souvent elle guérit, avant que le souffle ne se produise. Dans tous les cas la maladie est abrégée beaucoup, la fièvre se maintient au-dessous de 39°, la respiration devient plus libre et la résolution arrive le quatrième ou le cinquième jour. Si on administre l'ergotine quand le souffle est déjà établi, la respiration devient plus calme vingt-quatre heures après et la température baisse. S'il y a du délire, et c'est le fait très-saillant de cette médication, il est régulièrement arrêté vingt-quatre heures après l'emploi de l'ergotine.

On donnera de trois à cinq grammes par vingt quatre heures, en potion, par cuillerées à potage. S'il y a quelque raison de craindre le surmenage du cœur, on ajoutera soit 30 gouttes de teinture de digitale, soit une potion à la caféine.

L'auteur n'emploie jamais de vésicatoire cantharidien, ni aucun revulsif cutané. Comme résultat de ce traitement, l'auteur ne voit jamais de mortalité dans aucune espèce de pneumonie, à l'exception de celle des glycosuriques.

Sur les médicaments cardiaques, par G. Rummo (*XIIIe Congrès Intern. des Sc. Méd.*, Paris 1900. — Les raisons de dissidences entre les pharmacologistes et les cliniciens sur les médicaments et les poisons cardiaques dérivent essentiellement de ce qu'on n'a pas tenu compte des différentes conditions expérimentales, pour lesquelles les uns ont donné plus d'importance à l'action de quelques cardiocynétiques dans une série d'animaux, et les autres ont cru se fonder sur les effets obtenus chez le malade. Et cela, parce qu'ils n'ont pas bien étudié les différentes conditions de développement de l'innervation cardiaque dans la philogénie et l'ontogénie (embryon, animaux hétérothermes et homothermes). Il y en a qui dans l'interprétation du mécanisme d'action des cardiocynétiques, ont attribué tout au myocarde, ou tout à l'innervation cardiaque. Mais les choses ne vont pas ainsi, ni dans l'expérimentation, ni dans la clinique, et cela ressort d'une longue et diligente étude comparative que l'auteur a faite sur différents animaux hétérothermes et homothermes par presque tous les cardiocynétiques, et cela pour les besoins du pharmacologiste et du clinicien.

C'est ainsi qu'on a pu voir comment la définition de médicament cardiaque véritable, dans le sens des pharmacologistes purs, ayant une action élective sur le myocarde, est trop exclusiviste ; et si elle est applicable à certaines espèces d'animaux (hétérothermes), elle ne peut pas s'étendre à d'autres espèces et à l'homme malade. En biologie et en clinique, on appelle médicament cardiaque celui qui, en agissant sur le myocarde ou sur l'innervation intrinsèque ou sur tous deux à la fois, modifie l'énergie potentielle et cynétique du cœur, tendant à augmenter le travail mécanique. Et comme il y a des médicaments qui agissent avec prévalence sur le muscle cardiaque, ou sur l'innervation, ou sur l'un et l'autre d'une manière égale ou presque égale, l'auteur a distingué les *médicaments myocardiocynétiques* (strophantine, elléborine), des *neuro-cardiocynétiques* (caféine, spartéine), des *myo-neuro-cardiocynétiques* (upas antiar, digitaline, erythrophléine) des *neuro-myo-cardiocynétiques* (adonidine, convallamarine).

Il lui semble que cette classification simplifie la tâche du clinicien, qui doit appliquer l'un ou l'autre médicament dans les différentes lésions d'orifices en considérant le mécanisme de formation et de siège et la marche des mêmes lésions, et surtout les différents états de nutrition du myocarde. Cette tâche sera encore plus simplifiée quand on réfléchit que tous les médicaments cardiaques peuvent être divisés en

trois grandes catégories : (*médicaments systoliques ou myocardiaques, diastoliques ou neurotiques*, et à action mixte, qui peuvent atteindre le même but avec un mécanisme différent. Comme norme directrice principale il est bien établi, que dans l'application de chaque médicament cardiaque il faut avoir égard aux conditions de nutrition du myocarde, ce qui a été reconnu, depuis longtemps, dans la distinction de la période eusystolique, hypersystolique et asystolique. L'auteur a distingué une *période méso-systolique* ou *d'imminence d'hyposystolie*, période des stases légères et transitoires des viscères, qui est la plus longue, la plus précieuse pour les applications thérapeutiques, lesquelles, si elles sont bien dirigées, éloignent toujours davantage l'hyposystolie.

Or, il est évident qu'un médicament, agissant d'une manière déterminée, ne peut, ni ne doit être employé impunément dans une période ou dans l'autre; et, en effet, il n'est pas indifférent, dans une lésion déterminée d'orifice, par exemple dans l'insuffisance des valvules aortiques, d'employer un médicament systolique ou diastolique, car, un médicament diastolique, en allongeant les espaces diastoliques, ne fait qu'augmenter les effets de la lésion. Il est étonnant que cette idée, bien claire, sur laquelle l'auteur insiste depuis si longtemps, n'ait pas été bien comprise, au point qu'on discute encore si ce médicament ou un autre (digitale) doit être ou non prescrit dans l'insuffisance aortique.

Il faut, enfin, tenir bien compte de ce que certaines formes de myocardites chroniques progressives, certaines imbibitions séreuses du myocarde, certaines multiplications des résistances intra ou extra-cardiaques pour la manière de réaction pharmalogique du cœur ne se distinguent pas de la dégénérescence aiguë et chronique du myocarde et réclament une intervention thérapeutique équivalente et déterminée.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de la neurasthénie féminine par les extrait d'ovaire, par le Dr Edmond VIDAL (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — Entièrement distincte de la neurasthénie de l'homme par son origine, ses formes, son évolution, la *neurasthénie féminine* n'en est pas moins difficile sinon à guérir, du moins à améliorer.

Très fréquente chez la femme, en dehors de toute lésion de l'appareil génital, la neurasthénie a pour dominante un découragement profond, une disparition plus ou moins complète de la volonté, qu'accompagnent des sensations douloureuses dans tous les organes.

C'est contre cette *neurasthénie féminine*, cause et non résultat de troubles de l'appareil génito-urinaire, que le Dr Edmond Vidal a eu l'idée d'employer la *médication ovarienne*.

Il a essayé tour à tour *l'ingestion d'ovaires crus*, entourée dans la pratique des difficultés les plus ardues, à la dose d'un ovaire de brebis par jour ; — *l'ingestion d'extrait sec* et d'*extrait papaïnique*, *d'extrait de substance corticale* et d'*extrait sec des follicules de de Graaf* ; — et, en dernier lieu, les *injections hypodermiques de suc ovarique* préparé à l'acide chlorhydrique, suivant le procédé de Gilbert et Carnot.

C'est des injections hypodermiques que le Dr Edmond Vidal a retiré les meilleurs effets. Les injections quotidiennement faites à des doses variant de 3 à 5 centimètres cubes, par séries de 16 à 20, ont donné des résultats suffisamment précis pour donner droit de cité à l'opothérapie ovarienne dans l'arsenal peu compliqué du *traitement de la neurasthénie féminine*.

Après quelques injections, 6 en moyenne, les malades voient disparaître un à un leurs troubles névropathiques. Le sommeil est récupéré, les céphalées disparaissent, l'appétit et la digestion se régularisent, le caractère se modifie et les malades ne tardent pas à pouvoir reprendre le cours normal de leur existence.

A l'appui de sa communication, le Dr Edmond Vidal présente le résumé de sa statistique portant sur 61 observations suivies depuis le 15 février 1898.

De l'élongation permanente de la moelle dans l'ataxie et les myélopathies scoliogènes, par le Dr CHIPAULT (XIIIe *Congrès intern. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — L'élongation de la moelle par suspension ou flexion du rachis a comme défauts son intermittence d'action et sa dépendance de la volonté si défectueuse des malades à traiter.

L'élongation permanente de la moelle les évite tous les deux.

Elle est obtenue par le port d'un corset plâtré spécial, placé dans la suspension par les pieds, mieux tolérée que la suspension par la tête, remontant très haut sous les aisselles, s'appliquant largement sur les hanches, bien molletonné pour éviter les eschares.

Les essais cadavériques prouvent que cet appareil produit un allongement médullaire de

1 centimètre, avec redressement de l'organe, dévié s'il y a scoliose.

Les constatations sur le vivant démontrent qu'il provoque : 1° un accroissement de la taille, sûrement concomitant de modifications médullaires analogues ; 2° des résultats symptomatiques très favorables : chez les tabétiques, la disparition des douleurs fulgurantes et viscérales, de l'impuissance, des troubles urinaires, la régression des accidents pupillaires et trophiques ; chez les syringomyéliques, la disparition des douleurs rachidiennes et des troubles trophiques, l'atténuation de la déviation vertébrale et de la gêne statique ; dans certaines scolioses myélopathiques rares avec traînées scleroderm-miques (1 cas) ou neuro-fibromateuees (1 cas) la guérison très imprévue de celles-ci et l'amélioration de la scoliose.

L'élongation médullaire permanente est en somme, sans inconvénients et thérapeutiquement plus active que l'élongation intermittente.

Un cas de myxœdème, par Seymour Taylor (*The Policlinic* (Janvier 1900). — A propos d'un myxœdème l'auteur rappelle l'importance du traitement tyrhoïdien. Les médicaments tels que le jaborandi, l'arsenic sont généralement sans effet. L'injection de corps thyroïde donne au contraire dans cette maladie les résultats les plus remarquables ; l'auteur préfère le corps thyroïde de mouton frais aux tablettes ; la dose qui doit être employée doit être calculée de façon que le malade absorbe une glande thyroïde en une semaine : un moyen commode de la faire absorber est de prendre un lobe, haché menu et de le manger avec du pain et du beurre, en en faisant un sandwich.

P. Sainton

Ophtalmologie

Dr Kopff

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

A propos de l'énucléation de l'œil et des méthodes destinées à la suppléer (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5-12 juillet 1900). — Schmidt-Rimpler donne une statistique de la clinique ophtalmologique de Gœttingue : dans le cours des dix dernières années cette opération a été pratiquée 160 fois pour des affections diverses, l'exentération (éviscération) 149 fois, la névrectomie optico-ciliaire 26 fois. En comparant la rapidité de la guérison entre affections de même espèce, on voit que l'énucléation donne les résultats les plus prompts, la névrectomie les plus lents. Cette différence est surtout marquée quand il s'agit de traumatismes récents (de 8 1/2 à 15 1/2 jours).

Au point de vue de l'influence de l'ablation de l'œil sur la marche d'inflammations sympathiques déjà existantes, on constate que l'iritis sympathique séreuse jouit d'un meilleur pronostic que l'iridocyclite plastique avec synéchies. Dans la moitié des cas, on peut enrayer les accidents par l'intervention sur l'œil primitivement malade, d'où cette règle qu'il est préférable de n'enlever ce dernier que dans les cas où toute fonction visuelle est abolie. Comme dans le cas contraire il peut arriver, si l'on n'énuclée pas, que l'œil atteint d'ophtalmie sympathique sera en dernier ressort plus compromis que l'autre, il faut procéder de préférence à un traitement médical (frictions d'onguent napolitain ou injections de sublimé). En tous cas, on observe souvent des guérisons inespérées et l'absence d'accidents sympathiques, ce qui démontre l'existence d'une action nocive non encore connue provoquant ces accidents.

L'auteur n'est pas partisan de l'étiologie microbienne pour l'ophtalmie sympathique ; elle est du reste contredite par de nombreux faits cliniques et expérimentaux.

L'énucléation semble la meilleure opération quand il s'agit d'éviter l'ophtalmie sympathique ; la plus défectueuse intervention consiste dans la névrectomie, car il est possible avec elle de voir des nerfs de nouvelle formation pénétrer dans l'œil et devenir la cause de troubles irritatifs réflexes.

L'exentération est facile à exécuter, même pour un non-spécialiste, et le moignon est plus volumineux qu'avec l'énucléation : elle est indiquée dans les cas de choroïdite suppurée ; on évite avec elle l'entrée du pus dans la cavité orbitaire et la possibilité d'une méningite. Chez l'enfant, on préfèrera aussi cette opération, qui met à l'abri des déviations de croissance du squelette de la face.

Les indications de la névrectomie doivent être limitées : on ne l'utilisera que dans les cas où l'ophtalmie sympatique consécutive est fort peu probable, d'où le précepte de s'en abstenir dans tous les cas où il s'agit d'un corps étranger. S'il existe de la cyclite, il est de même inutile de s'adresser à ce genre d'opération, car la forme de l'œil n'est jamais conservée dans ce cas et il est alors préférable d'intervenir de façon à permettre au malade le port d'un œil artificiel.

E. Vogt.

Avantages de l'emploi de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, que l'opération soit simple ou compliquée de rupture de la hialoïde ou d'hémorragie expulsive, par Dr Suarez de Mendosa (*XIIIe Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900.) — On sait que dans l'opération de la cataracte, à côté des *succès vrais*, c'est-à-dire des cas, où les malades peuvent être considérés comme complètement guéris, on peut observer un grand nombre d'autres cas, où les malades, tout en voyant clair, quittent le chirurgien avec un enclavement, pincement, ou accolement irien, une soudure pupillaire, une grosse perte de vitré, etc. Chez de tels malades, l'irido-choroïdite suppurative, le glaucome, le décollement de la rétine peuvent réduire à néant, en quelques heures, les brillants succès trop vite enregistrés.

Dans une communication faite il y a 10 ans à l'Académie de Médecine et à la Société d'Ophtalmologie, le Dr Suarez de Mendoza a fait connaître son procédé de suture de la cornée, qu'il avait imaginé dans le but de prévenir ces accidents.

L'auteur, à propos de quelques faits nouveaux revient sur son procédé (qui sur 113 cas lui a donné 113 succès immédiats, dont deux, par suite d'accidents, sont devenus insuccès tardifs) et insiste longuement sur 4 observations, où, d'après lui, l'utilité, voire même la nécessité de la suture est démontrée d'une façon péremptoire.

Dans le premier cas, concernant une malade hantée par l'idée de la cécité et soulevant à chaque instant son pansement pour contrôler la vision de l'œil opéré, l'insuccès sans la suture aurait été certain, car l'ouverture répétée de l'œil aurait amené celle de la plaie, et partant l'enclavement irien.

Dans le deuxième cas, où il s'agissait d'une malade âgée de 92 ans, très indocile et très turbulente, n'acceptant pas le séjour au lit, voulant soulever chaque fois le pansement pour contrôler les résultats acquis et qui avait déjà perdu l'œil droit précédemment opéré par un confrère, par suite de l'ouverture intempestive de l'œil et de la plaie, le résultat définitif aurait été sûrement compromis sans la suture.

Dans le troisième cas, la malade (qui intéressait particulièrement l'auteur, car il s'agissait de sa mère), était atteinte de myopie de 14 dioptries et de liquéfaction du corps vitré. Le pronostic s'aggravait, en outre, par des contractions spasmodiques de l'orbiculaire et par ce fait, qu'après l'extraction du cristallin, le champ pupillaire se trouva obstrué par une capsule opaque. Sans la suture, il aurait été impossible de mener l'opération à bonne fin, car, il aurait fallu laisser la capsule en place et exposer ainsi la malade aux conséquences désastreuses de la soudure pupillaire, à moins de pratiquer une iridectomie, que l'auteur appréhendait également par suite de violentes contractions des muscles dans la région innervée par le trijumeau.

Grâce à la suture de la cornée qui réduisit la large plaie à une plaie d'iridectomie, il fut possible à l'auteur d'achever l'opération sans avoir à déplorer aucun accident et d'obtenir un résultat définitif absolument satisfaisant.

Enfin, dans un quatrième cas, le malade après une opération très bien conduite et absolument réussie, eut 7 heures après l'intervention une hémorragie expulsive du corps vitré, complication la plus redoutable et la plus difficile à prévoir. Grâce à la suture, l'énucléation ou la longue suppuration de l'œil fut évitée et la résorption du caillot se fit sans réaction inflammatoire et partant sans souffrance.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx ; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale (*XIIIe Cong. int. des Sc. méd. Paris*, 1900). — Un homme de 40 ans, de très bonne santé habituelle, mais obligé, par profession, à des efforts de voix constants, est pris brusquement, à la suite d'une bronchite, compliquée d'enrouement, d'une hémoptysie abondante.

Considéré, par plusieurs médecins, comme atteint d'une laryngite tuberculeuse, il est envoyé en Algérie, puis, en juillet 1898, aux Eaux-Bonnes qu'il dut quitter au bout de 8 jours, à cause de l'oppression. L'oppression devenant de plus en plus forte, on dut, deux jours après, pratiquer la trachéotomie d'urgence.

L'opération ne soulagea qu'imparfaitement le malade, car la canule n'assurait qu'incomplètement la perméabilité des voies aériennes ; toutes les tentatives pour trouver une canule convenable furent vaines.

Le 24 août, l'examen laryngoscopique révéla l'existence d'un cancer de la trachée étendu au larynx. La présence des bourgeons épithélimateux dans la trachée expliquait l'insuffisance de toutes les canules qu'on avait tenté d'introduire.

Les canules longues et flexibles ne pouvant convenir, l'auteur conseilla au malade de passer dans sa canule métallique une sonde en caoutchouc rouge destinée à refouler les bourgeons néoplasiques et à prolonger la lumière de celle-ci : grâce à cet artifice, le malade n'eut plus d'accès de dyspnée.

A la suite des progrès du néoplasme, la canule métallique fut définitivement remplacée par la sonde en caoutchouc n° 30 préalablement ramollie par l'huile de vaseline (novembre 1898)

Pendant les six mois que vécut encore le malade (mai 1899) il ne se servit que de la sonde en guise de canule trachéale.

Le traitement palliatif du cancer laryngo-trachéal, doit viser à : 1° faciliter la respiration par l'emploi d'une canule appropriée ; 2° combattre les hémorragies par l'usage du perchlorure de fer et de l'eau oxygénée ; 3° diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions en ayant recours aux instillations d'huile mentholée, aux préparations d'eucalyptus, aux pulvérisations trachéales de solutions de chlorure de zinc ; 4° enfin réprimer le bourgeonnement extérieur par les badigeonnages avec une solution de pyoctanine.

A. Courtade.

Indications pour le traitement opératoire des otites moyennes purulentes chroniques, par Th. Heiman (XIIIe *Congr. int. des Sc. médicales* Paris, 1900). — Les contestations au sujet de la méthode thérapeutique dans les otites moyennes purulentes chroniques n'ont pas encore pris fin, vu la variété des affections de l'oreille moyenne, amenant la suppuration, ou leur localisation dans la caisse et les cavités avoisinantes et vu la résistance de divers individus aux affections purulentes dans l'appareil auditif.

Il est hors de doute qu'il existe une série d'otites moyennes purulentes chroniques qui disparaissent elles-mêmes après un certain temps, sans aucun traitement, ou bien à la suite du traitement pharmaceutique. D'un autre côté, il y a une grande quantité des suppurations de l'oreille moyenne, qui résiste à tout traitement conservateur et chirurgical. Par ces raisons, et par d'autres il faut commencer le traitement des otites moyennes purulentes chroniques par la méthode conservatrice, excepté dans le cas où il y a des indications directes pour l'intervention chirurgicale. — C'est lorsque la méthode non sanglante reste sans résultat, qu'on peut entreprendre le traitement par la voie chirurgicale. Il ne saurait être question des opérations chirurgicales faites par le conduit auditif externe, dont les indications exactes se trouvent dans chaque manuel otiatrique, mais bien des opérations qui consistent à ouvrir l'apophyse mastoïde et toutes les cavités de l'oreille moyenne c'est-à-dire l'opération radicale.

Dans les cas où on a des données, basées sur le tableau clinique et sur des changements anatomiques indiquant qu'il ne peut être question de guérison par la voie conservatrice, la méthode non sanglante appliquée pendant des mois et même des années sera sans résultat, et elle ne peut être justifiée.

Lorsqu'il s'agit de traiter par opération les otites moyennes purulentes chroniques, il faut considérer, comme la première étape, l'extraction de deux premiers osselets par le conduit acoustique externe, mais les indications de cette opération sont restreintes de jour en jour, parce que la carie isolée des osselets est très rare, les parois osseuses de l'oreille moyenne sont ordinairement atteintes en même temps. Cependant on ne peut nier, qu'on obtient parfois une guérison complète des suppurations chroniques par cette opération.

Sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et de l'opération radicale, on a beaucoup discuté au dernier Congrès international otologique à Londres, mais cependant les discussions n'ont pas amené de résultats positifs en tous points. Presque chez tous les auteurs cependant a prévalu l'idée, qu'il ne faut pas trop se hâter avec l'opération, sans toutefois dire positivement dans chaque cas, quand l'opération est absolument indiquée et doit être exécutée, et quand les indications sont relatives. Il est hors de doute, que là où il y a menace de complications du côté de la cavité crânienne ou d'une infection générale, et principalement là où les symptômes de ces complications se sont déjà fait jour, l'opération est absolument nécessaire et sous ce rapport il ne peut y avoir d'avis partagés. — L'opération est aussi nécessaire dans le cholestéatome, dans la carie des variables parties de l'os temporal, qui ne cède pas vite sous l'influence du traitement par le conduit acoustique externe, dans le cas de rétention de pus ; lorsqu'il existe une infiltration douloureuse de l'apophyse ou des fistules osseuses, d'abcès congestifs et enfin dans la tuberculose de l'os temporal, si l'état général du malade est à part cela normal. Dans toutes ces circonstances l'opération est préventive, phophylactique. Doit-on pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde ou l'opération radicale, cela dépend chaque fois des dimensions et de la localisation du processus morbide.

Dans les otites moyennes purulentes chroniques, lorsque nous n'avons pas tous les symptômes énoncés, ou qu'il existe une suppuration

réfractaire ou répétée, l'ouverture de l'apophyse mastoïde ou l'opération radicale est indiquée relativement.

Dans ces cas, il n'y a pas lieu de se hâter de pratiquer l'opération, parce que plusieurs malades peuvent être guéris par des remèdes pharmaceutiques. L'opération est contre indiquée dans les cas où la suppuration dépend exclusivement d'un processus morbide de la muqueuse tympanique.

Il est souvent impossible d'indiquer la durée du traitement conservateur dans les cas d'otites moyennes purulentes chroniques n'exigeant pas l'intervention immédiate de la chirurgie; il faut laisser la solution de ce point à l'expérience du médecin et dans la plupart des cas cela dépend du tableau otoscopique de l'oreille.

L'antitussine dans la coqueluche (*Deutsche med. Wochenschrift,* 23 août 1900). — Krausse a soumis à l'hôpital de Hambourg, une série de 17 enfants atteints de coqueluche au traitement par l'antitussine. Cette préparation consiste en une pommade contenant 5 parties de difluordiphényle, 10 parties de vaseline et 85 parties de lanoline; elle a été préconisée par Heim (*Berl. Klin. Wochenschrift,* n° 50, 1899). Dans le but de comparer l'action du médicament nouveau à d'autres méthodes, l'auteur a soumis en même temps 10 malades au traitement par la quinine et 10 malades au traitement par le bromoforme : 10 malades enfin ne reçurent aucun médicament.

Il ressort de l'examen des 4 tableaux publiés, que le bromoforme a paru le plus efficace : l'antitussine et l'abstention médicamenteuse donnèrent à peu près les mêmes résultats, et la quinine les résultats les moins favorables.

Les conclusions relatives à l'antitussine sont les suivantes : 1° Ce topique n'est pas plus efficace que d'autres médications, et il reste bien inférieur aux narcotiques; 2° Son emploi prolongé provoque dans certains cas, l'apparition d'ulcérations cutanées superficielles tenaces; 3° L'action dissolvante sur les mucosités trachéales, et l'action inhibitrice sur le nombre et l'intensité des accès, enregistrées par Heim, n'ont pas été observées.

Il est probable que les résultats favorables que peut donner ce topique doivent être attribués au massage journalier exercé sur le cou, la poitrine et le dos par la main de l'opérateur enduite d'antitussine.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Les éruptions pustuleuses miliaires récidivantes de la face; acné miliaire; acné eczématique des auteurs, par L. Brocq (*Presse médicale,* n° 58, p. 33, 1900). — Les malades atteints de cette affection ont presque toujours une peau très irritable; aussi doit-on être fort réservé chez eux dans l'emploi des topiques.

Il faut tout d'abord s'occuper de l'état des divers viscères, et en particulier, de l'estomac, des intestins et de l'utérus; on remédiera aux effets pernicieux du corset, des cols serrés, des repas trop copieux, des boissons abondantes, de la constipation. L'aloès, quand son emploi n'est pas contre indiqué par l'existence d'hémorroïdes, de congestions utérines, d'entérite muco-membraneuse, l'aloès seul, ou mieux associé à la magnésie et au bicarbonate de soude donne de bons résultats. Il va sans dire que le régime alimentaire sera des plus sévères. Les grands lavages de l'intestin exercent souvent une action curative incontestable.

Au point de vue local, on doit procéder par tâtonnements. On est souvent obligé d'employer uniquement du simple cold-cream frais.

Chez les femmes dont la peau est très peu tolérante, on fait nettoyer la figure tout d'abord avec du cold-cream frais ou de la vaseline pure; puis on leur conseille de tamponner le visage avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau aussi chaude que possible, ayant bouilli avec de la guimauve ou du son. Peu à peu on y fait ajouter de l'acide borique, du borate de soude ou du coaltar saponiné à doses croissantes.

Après les lavages, on fait appliquer de la pommade à l'oxyde de zinc au dixième, faite avec du cold cream et dans laquelle on tente d'ajouter un centième d'acide salicylique.

Par dessus la pommade, on poudre avec de l'amidon.

Mais, si c'est possible, il faut employer des topiques plus énergiques. A la pommade précédente, on incorpore soit de 1/200 à 1/75 de résorcine, soit de 1/150 à 1/75 de naphtol et de camphre, soit de 1/50 à 1/15 de calomel, soit de 1/40 à 1/10 de soufre.

Quand le soufre est supporté, c'est lui qui paraît avoir le plus d'efficacité. M. Brocq conseille la lotion soufrée suivante :

Soufre précipité.	8 grammes
Alcool.....	4 —

Glycérine neutre pure. 18. —
Sulfate de zinc..... 0 gr. 40
Eau distillée..... 170 —
(agiter violemment avant de s'en servir).

Toucher les points malades avec un petit tampon d'ouate roulé au bout d'une allumette, puis laisser sécher.

L'eau-de-vie camphrée pure en lotions quotidiennes ou biquotidiennes est assez souvent bien supportée.

G. Lyon.

Traitement de la syphilis par le mercuriol. (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 5, 1900). — On sait que le mercuriol est une préparation mercurielle en poudre préparée pour la première fois par Blomquist. Jordan a employé cette préparation chez 16 syphilitiques. Sur ces 16 cas, dans 13 la syphilis était récente et pas encore traitée : dans un cas il s'agissait d'une récidive et dans les deux autres d'accidents tertiaires.

Le mercuriol (mis dans des sacs à la dose de 5 grammes que les malades portent sur la poitrine), était changé journellement pendant les 7 premiers jours et au bout de ce laps de temps tous les deux jours.

Dans 9 cas le mercuriol a donné de bons résultats: la roséole a disparu au bout de 8 jours et l'éruption papuleuse au bout de 14 à 26 jours. L'éruption disparaît plus rapidement sur les régions où a été appliqué le sac contenant le mercuriol.

Les autres phénomènes syphilitiques: angine, laryngite, psoriasis, etc.; n'ont pas disparu sous l'influence du mercuriol et l'on a été obligé de recourir au traitement local.

Dans les accidents tertiaires (syphilides tuberculeuses), on a été obligé, pour arriver à la guérison, de recourir à l'iodure de potassium. La tuméfaction des ganglions a diminué notablement.

Dans quelques cas, on a observé des phénomènes d'intoxication sous forme de stomatite et de diarrhée, celle-ci disparaissant dès qu'on enlevait le sac à mercuriol.

Dans 3 cas, on a constaté dans les urines la présence du mercure.

Comparativement aux frictions et aux injections sous-cutanées l'apparition du mercure dans le traitement par le mercuriol est plus tardive. Enfin, dans un cas, l'auteur a constaté la présence du mercure dans les urines un mois après que le traitement par le mercuriol eût été terminé. En se basant sur les résultats obtenus que nous venons de résumer rapidement, Jordan estime que le traitement par le mercuriol doit être considéré comme étant inférieur aux frictions et aux injections.

Ce traitement n'est pas applicable dans tous les cas de syphilis ; en outre, comme on l'a vu plus haut, on est obligé de recourir simultanément au traitement local. Son principal avantage c'est la simplicité de son application. Là où les malades, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent pas subir de frictions ou d'injections, ce procédé est tout indiqué.

D. Roubleff.

Diarrhée syphilitique tertiaire, par Fournier (*Académie de médecine*, 3 juillet 1900). — Les entérites syphilitiques constituent une des manifestations les plus rares de la syphilis, et, pour sa part, M. Fournier n'en a guère observé plus d'une douzaine de cas. Cependant leur authenticité n'est pas discutable; si les entéropathies syphilitiques sont si souvent méconnues, c'est parce qu'elles ne présentent rien de caractéristique. Elles offrent, comme signe habituel, une diarrhée chronique, persistante et rebelle, comme symptôme annexe assez fréquent, des coliques ou des douleurs abdominales et, enfin, comme complication rare, l'aspect ensanglanté et dysentériforme des selles.

Pour établir le diagnostic, on s'appuiera : 1° Sur les antécédents syphilitiques du malade; 2° Sur l'absence de toute cause vulgaire à laquelle la diarrhée chronique puisse être rapportée; 3° Sur la résistance singulière de cette diarrhée aux agents thérapeutiques ordinairement actifs ; 4° enfin sur la coexistence d'autres accidents spécifiques.

Quant à la démonstration de l'origine spécifique de ces entérites, elle est fournie d'une façon éclatante par les résultats rapides et définitifs de la médication.

Bien que l'iodure de potassium prescrit ait donné parfois de bons résultats, c'est le traitement mixte qui a été le plus souvent employé.

En ce qui concerne le mercure on pourrait croire contre-indiquée la méthode par ingestion dans un état morbide constitué par des lésions ulcératives de l'intestin, mais l'expérience a montré que dans plusieurs cas le protoiodure et la liqueur de Van Swieten non seulement ont été bien tolérés, mais encore ont amené la guérison. Il vaut mieux, cependant, avoir recours aux frictions ou aux injections hypodermiques qui constituent le traitement de choix en l'espèce.

Les diarrhées de la syphilis tertiaire récidivent assez fréquemment; M. Fournier en a rencontré deux exemples incontestables chez des sujets dont l'infection remontait respectivement à dix-neuf et à quarante ans.

G. Lyon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.
à l'hôpital de la Charité

Le régime envisagé au point de vue préventif contre un certain nombre d'accidents gravidiques; la pathogénie de ces derniers, par Hacoroff (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Le régime chez les femmes enceintes n'est pas tout à fait indifférent, ainsi que cela ressort d'après les observations que l'auteur a faites sur une série de quinze primipares qu'il a eu à suivre.

Aussi l'auteur soumet-il systématiquement toutes les femmes enceintes qui sont confiées à ses soins à partir du quatrième mois, à un régime spécial qu'il appelle *régime mixte alternatif*. Il consiste à prendre un jour le lait (en boisson, en bouillie au riz, en tapioca, en crème, etc.) et le jour suivant des aliments habituels; et ainsi de suite. Bien entendu, la viande y doit être aussi rare que possible, surtout la viande noire (bœuf, mouton) ainsi que les gibiers faisandés, les charcuteries, les conserves et les salaisons qui seront évités.

Cette méthode de régime mixte alternatif offre, suivant l'auteur, plusieurs avantages; entre autres, surtout l'élimination des produits toxiques de la veille, déjà notablement favorisée par l'action diurétique du lait pris le lendemain trouvera assez de temps disponible pour se faire sans qu'elle soit embarrassée par un nouvel apport de poisons. Grâce à l'élimination continue de ces derniers au fur et à mesure de leur formation, l'auto-intoxication, qui aurait pu, sans cela, éclater et avec elle tous les accidents qui peuvent en résulter, se trouvent du même coup conjurés.

Parmi le nombre de ces accidents, il ne faut pas seulement compter l'albuminurie, l'éclampsie, mais aussi les maladies de la peau, les troubles psychiques persistants, les névralgies et la carie des dents, les vomissements, qui ont été jusqu'ici considérés à tort comme des affections vulgaires.

En effet, les manifestations cutanées qui apparaissent au cours de la grossesse doivent être considérées comme le résultat d'une auto-intoxication (toxydermies). Il en est de même de la migraine, des troubles psychiques divers (perversions du goût et de l'odorat, envies bizarres, irritabilité nerveuse, accès de tristesse, manie) qui persistent pendant presque toute la durée de la grossesse et qui sont tels parfois qu'ils se manifestent, surtout chez les prédisposées, sous des types divers de névroses.

L'auteur n'hésitera pas non plus aujourd'hui à mettre sur le compte de l'auto-intoxication la gingivite, la carie des dents et par suite les névralgies dentaires qui surviennent au cours de la grossesse et qui sont déterminées par l'excrétion, l'élimination des toxines à travers les glandes salivaires, d'où aussi ptyalisme déjà constaté dans l'état puerpéral. C'est là d'ailleurs une opinion que l'auteur a soutenue depuis plus de quatre ans, et M. Choquet est venu présenter à la Société de Biologie de Paris, au mois d'avril dernier, le résultat de ses recherches sur la provocation de la carie dentaire chez l'homme par l'inoculation des cultures de micro-organisme. Ce fait vient donc, d'une façon on ne peut plus démonstrative à l'appui de cette thèse.

Enfin, quant aux vomissements incoercibles de la grossesse, on le sait déjà que le professeur Pinard les avait, dès 1894, reconnus comme le résultat de l'auto-intoxication gravidiqne, et conseillé le régime lacté.

A propos de l'indication de l'avortement artificiel dans les vomissements incoërcibles de la grossesse (*Deutsche med. Wochenschrift*, 12 juillet 1900). — Ayant décelé, dans les urines d'une femme enceinte très gravement compromise par des vomissements incoërcibles, la diazoréaction d'Ehrlich, Walzer se décida de suite à pratiquer l'avortement. On sait que cette réaction est considérée comme étant d'un fâcheux pronostic, quand elle se présente au cours de diverses affections.

L'auteur espère que son observation, qui semble unique dans la littérature, incitera les spécialistes à étudier la question de près : on aurait ainsi une base solide pour l'indication à l'intervention.

E. Vogt.

Le traitement local de la septicémie puerpétrale employé à la maternité de Bucharest, par le Pr Draghiescu, de Bucarest (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Ce traitement consiste dans le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée imbibée avec une solution d'acide phénique à 5 0/0 ou 10 0/0 après avoir fait préalablement une irrigation intra-utérine prolongée.

Pour avoir beaucoup de chances de guérison, il faut instituer le traitement aussitôt le diagnostic fait, c'est-à-dire tout à fait au commencement de l'infection. Dans son service l'auteur a fixé les indications suivantes : sitôt qu'une nouvelle accouchée a un ou plusieurs

frissons, une température de 38° et un pouls de 100 par minute et, *a fortiori*, si le cas est plus grave d'emblée, on doit faire une irrigation prolongée suivie du tamponnement de la cavité utérine.

Les résultats qu'il a obtenus sont les suivants :

En 1896	sur 1,546	accouch.,	3	morts	0,12 0/0
En 1897	1,838	—	4	—	0,22 0/0
En 1898	1,743	—	1	—	0,05 0/0
En 1899	2,047	—	3	—	0,13 0/0

L'auteur sait très bien qu'avant lui d'autres praticiens ont introduit de la gaze iodoformée dans la cavité utérine, mais dans le but de faire un drainage de cette dernière. Le tamponnement fait par l'auteur n'a pas seulement pour but de drainer la cavité utérine, mais, par le fait que la mèche introduite se trouve en contact avec toute la surface de la cavité utérine, distendue un peu justement par la présence de cette dernière, il a la mission de cautériser la couche superficielle de la muqueuse utérine. Enfin ce tamponnement n'étant renouvelé que deux fois dans les 24 heures, son action est continue et plus efficace. Avec ce traitement on observe plus rarement des salpingo-ovarites, des annexites et des phlébites, qui sont des complications encore assez fréquentes des autres traitements. La femme se rétablit bien plus rapidement.

Du massage dans les affections utérines, par le Dr Platon (XIIIe *Congrès international des Sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur apporte les résultats obtenus depuis le Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Marseille, en 1898, où il a déjà communiqué des guérisons durables. La description des diverses pratiques de la méthode de Thure-Brandt, l'enseignement didactique du massage gynécologique doivent être cherchés dans les ouvrages de Stapler. L'auteur apporte seulement des résumés rapides de cas traités depuis deux ans. Ces observations sont classées en quatre catégories : 1° métro-salpingites avec paramétrite; 2° déviations utérines; 3° œdèmes abdomino-pelviens; 4° troubles apparus dans un utérus gravide.

La pratique de l'auteur diffère un peu de celle de son maître Stapler surtout dans les cas de métro-salpingites d'origine bactérienne, gonococcique ou puerpuérale qui s'accompagnent toujours de vices de la circulation des organes atteints. Il n'emploie pas le massage exclusivement. Ses malades sont soumises à des injections chaudes selon la pratique de Reclus, à des séances de massage et à des pansements à la glycérine ichthyolée. Il n'a eu qu'à se louer de cette pratique. Dans les autres cas, déviations, œdème, etc., il fait prendre à ses malades des injections très chaudes décongestionnantes pendant toute la durée du traitement kinésique (deux injections par jour).

Sur 10 cas de métro-salpingites bactériennes, ou de métrite puerpuérale, avec troubles circulatoires, il a eu 7 guérisons, 2 améliorations (les deux malades n'ont pas continué assez longtemps le traitement), 1 résultat négatif (cas où un curettage consécutif a échoué).

Dans 5 cas de rétroversion, il a eu cinq redressements obtenus, l'œdème accompagnateur, la métrite due aux troubles circulatoires ont disparu.

Une légère antéversion étant la position physiologique de l'utérus dans le bassin, les antéflexions ou les antéversions exagérées sont plus fréquentes; l'auteur en a soigné 9. Tous ces cas s'accompagnaient d'œdème péri-utérin dû aux vices de la circulation, entraînant des douleurs, des pertes, des hémorragies. Il est à noter que ces déviations utérines en avant sont plus rebelles au redressement que les déviations postérieures. Il y a eu 3 guérisons avec redressement parfait de l'utérus, 3 améliorations avec disparition complète de l'œdème (ces cas nécessitent un traitement ultérieur), 3 résultats négatifs au point de vue redressement, mais excellents au point de vue bien être des malades, puisque l'œdème n'existant plus elles ne souffrent plus. Il sera nécessaire de traiter à intervalles plus ou moins rapprochés ces utérus rebelles.

Les œdèmes abdomino-pelviens sont connus depuis les travaux de Stapler et ses élèves, notamment Jeoffroy-Saint-Hilaire. L'auteur classe sous ce titre tous les cas où l'œdème, les troubles de la circulation pelvienne étaient les symptômes prédominants bien qu'existant avec des déviations ou des métrites. Sur 9 cas il a eu 6 guérisons, 1 amélioration très notable, 1 cas douteux (la malade est partie avant la fin du traitement), 1 résultat nul. Ce dernier cas est intéressant au point de vue de la valeur diagnostique du massage : il existait une masse compacte dans le ligament large gauche consécutivement à un abcès de ce ligament qui avait été vidé; le massage limita bientôt cette collection qui fut excisée.

L'auteur n'a eu à traiter que 2 cas d'utérus gravide avec œdème. Ces deux malades avaient eu déjà 2 et 3 avortements à un et deux mois. Elles se montrèrent alors qu'elles étaient en imminence d'avorter. Par le massage qui assure la circulation utérine et détruit les œdèmes environnants, l'auteur put conduire la première jusqu'au troisième mois, la seconde jusqu'au quatrième mois. Les avortements se firent à

cette époque. L'auteur a l'intention de soumettre au massage ces deux malades dès le début de leur prochaine grossesse. A noter la rapide involution de ces utérus massés post abortum.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus par Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest) *XIIIe Congrès internat. des Sc. méd.* Paris 1900). — Il y a à distinguer deux catégories de cas : les cancers limités au col, sans envahissement appréciable de la base des ligaments larges, l'utérus ayant conservé sa mobilité et sans propagation à la vessie, alors même que les parois vaginales seraient tant soit peu envahies par le néoplasme et les cancers immobilisés en partie ou en totalité par l'extension du néoplasme à la base des ligaments larges le long des pédicules utérins. Les premiers sont justiciables d'une opération radicale ; aux seconds on ne peut appliquer qu'une opération purement palliative.

L'hystérectomie vaginale bénigne (sur 11 opérés l'auteur n'en a perdu qu'une), est une mauvaise opération, car le résultat thérapeutique est illusoire, la récidive est de règle et rapide.

L'hystérectomie abdominale sans évidement du pelvis, bénigne aussi, est inutile car les ganglions laissés sont toujours néoplasiques, alors même qu'ils sont inappréciables à la vue. Ainsi sur 6 cas où ayant pratiqué l'évidement du pelvis, l'auteur a fait examiner les ganglions proches comme les plus éloignés, ganglions lombaires, les résultats ont été concluants : Dans un cas, sur 10 ganglions un seul était cancéreux ; 2e cas : sur 11 ganglions : 6 cancéreux ; — 3e cas : sur 10 ganglions, 6 cancéreux : — 4e cas : tous les ganglions cancéreux ; — 5e les ganglions hypogastriques tous cancéreux ; ganglions iliaques externes, prolifération lymphatique abondante sans éléments cancéreux ; ganglions lombaires (aortiques) cancéreux ; — 6e Tous les ganglions sont cancéreux.

Ainsi il n'y a pas de règles : les ganglions proches peuvent être simplement enflammés alors que les plus éloignés, aortiques, sont cancéreux.

La seule intervention rationnelle dans les cas de cancers du col les plus limités même est la castration abdominale totale suivie de la dissection minutieuse de tous les organes du petit et du grand bassin, uretères, artères, nerfs, veines et de l'ablation aussi complète que possible de tout le tissu cellulaire avec les vaisseaux lymphatiques qu'il renferme, et de toutes les chaînes ganglionnaires aussi haut que possible le long des iliaques et de l'aorte abdominale Enfin, le vagin doit être extirpé dans presque sa totalité. — Mais comme l'opération ainsi comprise est longue et laborieuse, elle ne doit être réservée qu'aux malades dont l'état général satisfaisant permet d'espérer un bon résultat immédiat.

Dans les cancers étendus l'auteur se contente d'une intervention palliative consistant en la ligature des artères hypogastriques, des artères utérines en étages près de l'origine et aussi près que possible de l'utérus, des artères du ligament rond et des vaisseaux utéro-ovariens. Autant que possible les veines et le tissu cellulaire ambiant sont pris dans les ligatures. L'opération est complétée par un raclage à fond de l'utérus. Ce traitement absolument bénin, car sur 8 cas il n'a perdu aucune de ses opérées, lui a donné d'excellents résultats : suppression des hémorragies, des écoulements, élimination spontanée des produits néoplasiques et amélioration de l'état général pendant 6 et 10 mois et même plus d'une année.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Action des bains d'argile chauds (*Wratch*, no 21, 1900). — Depuis bientôt dix ans, Pokrovsky s'est adonné à l'étude de l'action des bains de boue et d'argile.

Il a tout d'abord constaté que les bains de boue et les bains d'argile exercent la même influence sur la température de différentes régions du corps, la sudation, la circulation, la respiration, etc. De là, il a conclu naturellement que les bains d'argile peuvent remplacer complètement les bains de boue dans toute sorte d'affections subaiguës et chroniques.

Cette supposition s'est pleinement confirmée sur 34 malades traités par des bains d'argile chauds.

Sur les 34 malades, 18 ont reçu des bains généraux, 7 des demi-bains et 9 des bains locaux.

En ce qui concerne les affections dont ces malades ont été atteints, disons que le plus grand nombre souffrait de rhumatisme articulaire subaigu ou chronique compliqué dans quelques cas d'affections valvulaires. Dans un certain nombre de cas, le rhumatisme polyarticulaire a été accompagné d'hypertrophie des articulations.

Passons maintenant aux résultats obtenus par l'administration de bains d'argile. Dans tous les cas de rhumatisme, les bains ont déterminé très rapidement une action anesthésiante prononcée. Au bout de quelque temps, la mobilité

des articulations a augmenté, les dépôts inflammatoires se sont absorbés et l'état général s'est amélioré notablement.

L'action favorable des bains d'argile s'est manifestée parfois après une application inutile et prolongée d'autres procédés de traitement (salicylate de soude, iodure de potassium, bains aqueux, etc.).

L'action favorable des bains d'argile ne s'est pas montrée moins favorable dans le rhumatisme musculaire.

Les névralgies parfois très rebelles ont disparu. Et, à ce point de vue, citons un cas particulièrement intéressant de sciatique, ayant résisté à tout traitement (salicylate de soude, mouches, cautérisations répétées au thermocautère) et ayant guéri après 9 bains d'argile.

Les mêmes brillants résultats ont été obtenus dans le traitement des inflammations de la moelle osseuse, des périostites, des affections de la moelle et surtout de différentes affections gynécologiques ; dans les affections chroniques de l'utérus et de ses annexes ; du périmétrium accompagnées souvent de phénomènes généraux très prononcés, 3 à 5 bains ont déterminé une amélioration notable de l'état général, une diminution des douleurs, la résorption des produits pathologiques.

Le nombre total des bains administrés dans ces cas a été en moyenne de 14.

L'avantage des bains d'argile sur les bains de boue consiste d'après Pokrovsky en ceci que tout en possédant les mêmes propriétés thérapeutiques, ils coûtent bien moins cher. En outre — ce qui est également très important — on peut avoir recours à ces bains à n'importe quelle saison et partout où il y a de l'argile. Quant à l'administration de ces bains, voici comment on procède : dans une baignoire de bois, on met 10 à 12 pouds (poud — 40 livres russe, livre un peu moins de 500 grammes) qu'on arrose d'avance avec 12 à 15 seaux d'eau. Immédiatement avant l'administration du bain on y ajoute de l'eau bouillante en quantité suffisante pour obtenir la consistance de la gelée.

La température du bain varie de 33 à 38 R. Le bain doit être pris après un léger déjeuner.

Etant donné que le poids spécifique de l'argile est de beaucoup supérieur à celui du corps humain, il est nécessaire pour maintenir le malade en équilibre, d'adapter à la baignoire des planches transversales pour les jambes et les bras.

D. Roubleff.

L'alcool a-t-il une action nutritive ou toxique ? (*Deutsche med. Wochenschift*, 9-16, 23 août 1900). — Le Pr Kassowitz (de Vienne) cherche à élucider cette question qui offre tant de difficultés ; nous nous bornerons à analyser ici les déductions qui peuvent plus spécialement intéresser le thérapeute.

L'auteur, après avoir fait ressortir l'action irritante que l'alcool exerce sur le protoplasma, ne peut admettre que cette substance puisse en même temps régénérer ce dernier. L'alcool n'est pas un aliment d'épargne, il se borne, en détruisant le protoplasma et en déprimant l'activité des centres cérébraux, à exercer une inhibition sur les processus normaux d'oxydation. L'action de l'alcool est analogue, bien que moins énergique, à celle du phosphore : si donc on le considère comme un aliment d'épargne, il faudrait accorder au phosphore un rôle beaucoup plus important encore : or, on sait que ce dernier corps est un toxique énergique.

Les conséquences thérapeutiques s'imposent : il est irrationnel d'administrer de l'alcool à un fébricitant ou à un malade atteint d'une affection consomptive. Il est, en outre, inutile d'introduire dans l'organisme une substance pour y être comburée, puisque les fébricitants présentent déjà une augmentation marquée des phénomènes de combustion. L'auteur a depuis dix ans entièrement abandonné la médication par les alcooliques et s'en est fort bien trouvé. Comme aliment d'épargne, il utilise le sucre, sous forme de compotes, de sirops, etc. : comme stimulants, il préfère l'hydrothérapie, le camphre. C'est surtout dans le traitement de la pneumonie que les avantages de la suppression de l'alcool peuvent être nettement observés.

En résumé, le praticien doit se pénétrer de cette idée, qu'aucune substance ne peut jouer à la fois le rôle d'un aliment et d'un poison, et comme tout concorde à démontrer la toxicité de l'alcool, il doit être supprimé de l'arsenal thérapeutique.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

DYSENTERIE

Prophylaxie

Désinfection minutieuse des locaux par les moyens habituels.

Désinfection à l'étuve du linge, des vêtements et des objets de literie.

Désinfection des déjections par le sublimé à 1 0/00; le sulfate de cuivre à 50 0/00; l'acide phénique à 5 0/00.

Usage exclusif d'eau bouillie.

Port de vêtements de flanelle.

A. Dysenterie aigue

Régime :

Au début, lait bouilli, pur ou additionné par verre d'une ou deux cuillerées à café d'eau de chaux; de thé, de café (en petite quantité).

Bouillon dégraissé.

Eau albumineuse.

Thé de bœuf : 80 grammes de viande crue de bœuf, râpée, que l'on met à infuser dans une théière remplie d'eau bouillante.

Décoctions d'orge, de riz.

Ultérieurement, potages au lait et aux pâtes légères (tapioca, semoule, vermicelle), œufs crus ou saisis dans l'eau bouillante, viande crue pulpée : 100 à 200 grammes de viande de bœuf, prise en 2 ou 3 fois : grattée avec un couteau, après avoir été débarrassée des parties fibreuses, des vaisseaux et des nerfs ; puis pilée au mortier et passée sur un tamis à mailles fines et finalement délayée dans un peu de bouillon tiède et dégraissé.

Pendant la convalescence, ajouter à ce régime d'œuf, de viande crue pulpée, de potages aux pâtes, le ris de veau, la cervelle, les poissons maigres bouillis; quelques purées de féculents.

Infusions de thé ou infusions aromatiques comme boissons.

Repos absolu au lit :

Applications permanentes sur le ventre de *compresses humides* recouvertes de taffetas gommé et par dessus d'une couche d'ouate ou de flanelle.

Purgatifs : calomel 0 gr. 50 à 1 gramme en une seule fois plutôt qu'à doses fractionnées et répétées ou bien sulfate de soude (20 à 30 gr.), sel de Seignette, crème de tartre.

Ensuite *ipéca* :

La méthode brésilienne consiste à verser 200 grammes d'eau bouillante sur 2 à 8 grammes de racines concassées d'ipéca et à faire macérer pendant 10 à 12 heures, puis à décanter. Le malade absorbe cette macération dans les 24 heures.

Le 2e jour, on opère de même avec les racines d'ipéca qui ont servi à préparer la première macération et l'on procède ainsi pendant 3 ou 4 jours.

Delioux de Savignac a modifié le traitement par l'ipéca. A l'infusion, il substituait la décoction :

Poudre d'ipéca.....	4	grammes

Faire bouillir cinq minutes dans :

Eau.....	300	—

Filtrer et ajouter :

Sirop d'opium.....	30	—
Hydrolat de cannelle..	30	—

A prendre par cuillerée à soupe d'heure en heure.

Segond associait l'ipéca à l'opium :

Ipéca.....	0 gr. 40
Calomel.....	0 gr. 20
Extrait d'opium.....	0 gr. 05
Sirop de Nerprun.....	q. s.

pour 6 pilules, à prendre dans les 24 heures (ce dernier mode d'administration de l'ipéca avec

association de calomel et d'opium est moins recommandable).

Voici ce qu'il faut faire. Il est non moins utile de savoir ce qu'il ne faut pas faire, c'est-à-dire employer les médicaments dits antiseptiques : iodoforme, naphtaline, salol, etc., inutiles et d'ailleurs très irritants pour l'intestin ; les poudres absorbantes (craie, sous-nitrate de bismuth, dermatol, etc.) ; les astringents (alun, tannin, cachou, ratanhia) qui peuvent d'ailleurs être utilisés dans les formes chroniques ; l'opium qui a le très grave inconvénient de mettre obstacle à l'évacuation de l'intestin.

Au traitement par l'ipéca, il faut joindre les *lavages de l'intestin* purement évacuateurs d'abord, modificateurs ensuite,

Les premiers seront composés d'eau bouillie ou bien de décoctions de graines de lin, de racines de guimauve, d'amidon.

Ces lavages, comme les lavages avec des solutions médicamenteuses, seront administrés par le procédé de l'entéroclyse, sous faible pression, avec une canule molle, en caoutchouc rouge, introduite profondément dans l'intestin On utilisera à chaque fois un litre d'eau, portée à la température de 45°, et que l'on fera pénétrer par petites quantités.

Pour les lavements médicamenteux, on a utilisé divers topiques. Le Dr Gastinel a proposé récemment l'emploi du *permanganate de potasse* ; il donne des lavements d'un demi-litre seulement d'une solution à 0,50 0/00 ; à 250 gr. d'une solution froide au 100e, on ajoute 250 gr. d'eau chaude, de façon à ce que le mélange ait la température indiquée. Le lavement doit être précédé d'un quart d'heure d'intervalle d'un lavement simple composé de 500 grammes d'eau bouillie et de 2 grammes de bicarbonate de soude (pour dissoudre le mucus). Le lavement au permanganate doit être conservé une à deux minutes ; le malade reste couché sur le côté gauche pendant que le premier tiers du liquide pénètre, sur le dos pour le deuxième tiers, sur le côté droit pour le reste. Les premiers lavements seront donnés à 12 heures d'intervalle ; ensuite on n'en administrera qu'un par jour, puis un tous les deux jours, en même temps que l'on abaissera le titre de la solution à 0 gr. 30 et même 0 gr. 20 0/00.

Chez les enfants, on utilisera des solutions à à 0 gr. 20 0/00, à partir de 4 ans ; à 0 gr. 15 0/00 à 3 ans et 0 gr. 10 0/00 à 2 ans.

Ces lavements déterminent une douleur sourde qui ne tarde pas à s'apaiser et à laquelle succède une sensation de bien-être.

Annequin a préconisé les lavements à la *Créosote* :

Créosote de hêtre.....	1 gramme
Alcool d'opium.....	X gouttes
Lait bouilli.....	20 grammes
Eau bouillie.....	200 —

Quand les hémorragies sont très abondantes, le *perchlorure de fer* peut être employé à la dose d'une cuillerée à soupe pour un litre d'eau.

Dans la forme gangreneuse, on a préconisé les lavements de *décoction de quinquina* (10 ou 20 gr. 0/00), de liqueur de Labarraque (4 gr. pour 250 gr. d'eau).

Lorsque les phénomènes aigus commencent à s'apaiser, on peut avoir recours au *nitrate d'argent* (0 gr. 05 — 0 gr. 50 pour 200 gr. d'eau), l'*iode* :

Teinture d'iode.....	10 à 20 grammes
Iodure de potassium	0 gr. 05 à 1 gr.
Eau distillée,.....	250 grammes

(Delioux de Savignac).

enfin le *tannin* (1 0/00).

Le traitement qui vient d'être indiqué (ipéca et purgatif répétés) n'est pas applicable dans toutes les formes ; il convient uniquement aux formes de moyenne intensité.

Dans les formes graves, il faut être très réservé dans l'emploi des purgatifs et de l'ipéca ; s'attacher surtout à soutenir les forces au moyen des *injections de caféine*, d'*éther* et surtout de *sérum artificiel* (Bosc et Vedel).

B. Dysenterie chronique

Le régime est le même que celui indiqué précédemment.

A l'intérieur, on administrera les astringents *tannin, ratanhia, cachou*, associés ou non à la *poudre de Dower*, au *quinquina* ; d'autre part, on emploiera les lavements de *tannin*, de *nitrate d'argent*, etc.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Potain, professeur de clinique médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Concours des clinicats. — Sont nommés :

Chefs de clinique médicale. — Beaujon : M. Labbé; chef adjoint, M. Sainton; Pitié : M. Mangin-Bocquet; chef adjoint, M. Fauquet; Hôtel-Dieu : M. Apert; chef adjoint, M. Gandy; Saint-Antoine : M. Hulot; chef adjoint, M. Rosenthal.

Chefs de clinique chirurgicale. — Charité : M. Wiart; Pitié : M. Gosset; chef adjoint, M. Reymond; Hôtel-Dieu : M. Fredet.

Chef de clinique obstétricale. — Clinique Tarnier : M. Macé ; chef adjoint, M. Perret.

Chef de clinique des maladies des enfants. — Hôpital des Enfants-Malades : M. Hallé; chef adjoint, M. Guillemot.

Toutes nos félicitations à notre excellent collaborateur, M. Sainton.

Imperméabilisation des planchers et soubassements dans les casernes, par Berthier. — Après avoir rappelé l'importance de la suppression des poussières dans les cuisines, passe en revue les divers modes d'imperméabilisation des planchers. Les conditions d'une bonne imperméabilisation des parquets pour les casernes sont l'oblitération parfaite et durable des rainures au moyen d'un mastic très adhérent, suffisamment élastique pour se prêter aux mouvements du bois sous les influences atmosphériques et pour résister aux violentes trépidations auxquelles sont soumis ces parquets, condition qui n'a jamais été réalisée par les procédés employés jusqu'ici ; une imperméabilisation des lames du parquet permettant l'usage de la serpillière humide et donnant au bois un aspect agréable ; un prix de revient peu élevé. On réalise ces conditions au moyen d'un produit résiduel de la distillation du pétrole que l'auteur appelle *cire de pétrole.* Il ferme le fond des rainures au moyen d'un mastic composé de parties égales de cire de pétroles et de poudre de blanc d'Espagne.

On oblitère les rainures avec une subtance composée de cire de pétrole 100, colophane 30, plâtre pulvérisé 20. Coulée dans les rainures elle contraste avec le bois une très forte adhérence et une élasticité qui lui donne une résistance de toute durée. Cette oblitération est aussi obtenue avec un mélange de colophane et de cire d'abeilles à parties égales ; les lames du parquet peuvent être imperméabilisées avec un encaustique composé de cire de pétrole 3, essence de houille 10. Mais il préconise comme méthode plus simple et plus économique l'imperméalisation de la lame du parquet avec l'huile lourde de houille qui permet l'usage de la serpillière humide. Il a fait une peinture résistante, bon marché, de teinte rouge-brun pour les soubassements. Elle est composée de cire de pétrole 250, essence de houille 150, brun Van-Dyck 120. Cette peinture pénètre le plâtre avec une grande énergie, sèche presque instantanément et tient même sur les murs humides, elle permet les lavages. Cette imperméalisation peu coûteuse, 5 à 10 centimes par mètre superficiel de parquet et 3 à 4 centimes par mètre carré de peinturage, rend ce procédé applicable aux casernes.

La prophylaxie de la peste par les vaccinations préventives. — Depuis les travaux de Roux, Yersin, Calmette, Borrel, Salimbeni et Haffkine, l'efficacité des inoculations préventives soit du sérum antipesteux, soit des cultures de bacilles de la peste n'est plus à démontrer.

On sait que le sérum confère une immunité très solide et presque immédiate après l'injection, mais cette immunité est malheureusement de très courte durée : elle n'excède que rarement douze à quatorze jours. Il est donc nécessaire, lorqu'on emploie le sérum antipesteux à titre préventif, pendant les épidémies de peste, d'inoculer toutes les deux semaines une dose de 10 centimètres cubes de sérum aux personnes qui doivent être mises à l'abri de toute contagion.

BIBLIOGRAPHIE

L'appendicite, *Formes et Traitement*, par le Dr Aug. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau, 1 vol. in-16 de 88 pages, 8 figures, cartonné. *Actualités Médicales* : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils.

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Mais pour mieux faire comprendre dans leurs variations, la clinique et la thérapeutique de cette lésion, le Dr Broca met au préalable en relief quelques données anatomiques et anatomo-pathologiques.

Puis il passe à l'étude des formes cliniques, en commençant par les plus simples, les formes chroniques, puis l'appendicite aiguë à péritonite circonscrite, et enfin il termine par la péritonite aiguë généralisée.

La deuxième moitié du volume est consacrée au traitement qui varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Et d'abord il expose les désaccords qui existent entre les partisans du traitement médical, les radicaux qui prétendent opérer toujours et de suite, et les temporisateurs (Roux de Lausanne, Brun, Jalaguier et Broca) qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite; l'appendicite est une lésion chirurgicale » ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

D'après eux, sitôt le dignostic posé, le chirurgien doit être appelé, c'est lui qui doit prendre la direction du traitement, qui doit surveiller lui-même et souvent l'évolution du mal; et cela parce qu'il doit se tenir prêt à opérer, au besoin toute affaire cessante. A leurs yeux le traitement de l'appendicite doit être toujours chirurgical, et ce n'est pas par peur du bistouri qu'ils retardent son entrée en jeu. C'est parce que les conditions de l'intervention immédiate sont, pour eux, moins favorables que celles de l'intervention retardée.

Les indications générales posées, l'auteur examine les détails relatifs au traitement chirurgical de chaque variété d'appendicite, et il décrit le manuel opératoire, celui de la résection de l'appendice non adhérent, en quelques pages remarquables de précision et de clarté, que complètent 8 figures faites d'après nature.

La vaccination préventive de la tuberculose par la famille ou par la méthode des congénères, par le Dr Maurice Bloch, (Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois).

Aujourd'hui où les savants du monde entier cherchent à résoudre le problème de la guérison de la phtisie, l'ouvrage du Dr Maurice Bloch offre un intérêt tout particulier, car il y expose une nouvelle méthode de traitement de cette affection.

L'auteur faisant abstraction des théories sur lesquelles on se basait jusqu'à présent, a ouvert une voie nouvelle à la thérapeutique en cherchant non à tuer le bacille, mais à modifier le terrain tuberculeux par le sang de congénère.

Après avoir établi la loi de la proportionnalité et le phénomène important de l'accoutumance, il démontre qu'avec une sélection conjugale judicieuse, la vaccination peut souvent être obtenue par une seule inoculaton. Ces expériences, d'ailleurs, ont déjà été en partie vérifiées et par des essais analogues sur les bovidés.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nlle. Imprimerie, E. Lasnier, directeur 3, rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION DU TRAVAIL AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE

M. Edouard Vaillant

Le Congrès international d'hygiène de Paris renouvelle le vote du Congrès international d'hygiène de 1894, à Budapest, pour la journée industrielle de huit heures.

Le travail doit être limité dans son intensité et sa durée. Il doit être rémunéré par un salaire nécessaire et suffisant au bien-être de l'existence.

Il doit y avoir, chaque semaine, un repos continu, ininterrompu, de un jour et demi, ou trente six heures, et un certain nombre de jours consécutifs de vacances par an.

Pour huit heures de travail effectif journalier, il faut deux heures et demie d'intervalles de repos, dont une heure et demie pour le repas de midi ; le travail du matin et celui de l'après-midi étant coupés chacun par au moins une demi-heure de repos.

Le reste de la journée est occupé par le repos continu, ininterrompu.

Le travail de nuit, les travaux de force, les travaux insalubres et dangereux sont interdits aux enfants, aux adolescents et aux femmes.

Le travail de nuit, réduit au minimum possible, n'est toléré, pour les ouvriers adultes, que dans les industries où sa suppresssion n'est pas encore, économiquement, possible.

Les femmes enceintes doivent cesser tout travail six semaines avant, et les accouchées ne recommencer à travailler que six semaines après l'accouchement, et dans les conditions déterminées par un certificat médical.

Les enfants ne peuvent être admis, avant seize ans, aux travaux industriels auxquels ils sont reconnus aptes sans danger pour leur santé et leur développement. Ils ne sont admis, dans l'industrie, à cet âge, que s'ils sont munis d'un certificat scolaire d'éducation intellectuelle, physique et technique suffisante et d'un certificat médical d'aptitude physique. Ils restent soumis à un examen médical périodique.

La durée du travail journalier des enfants et des adolescents doit être la moitié de celle des ouvriers adultes et réglée d'après le système des deux équipes anglaises.

Tous les procédés par lesquels les mesures légales peuvent être éludées, la durée et l'intensité du travail peuvent être indûment augmentées, tels que : marchandage, *sweating system*, heures supplémentaires, etc., doivent être interdits.

A cet effet et pour l'observation des lois du travail et de l'hygiène, une inspection exercée par des inspecteurs médecins, hygiénistes, ingénieurs et délégués des ouvriers, doit étendre sa surveillance à toutes les fabriques, à tous les établissements quelconques de l'industrie et du commerce, y compris les ateliers domestiques et de famille.

Une surveillance médicale doit être notamment exercée sur les travaux et la personne des enfants, des adolescents et des femmes.

Il est désirable qu'un enseignement élémentaire de l'hygiène soit donné dès l'école primaire.

Il y a lieu d'instituer dans les laboratoires de physiologie des universités, de tous les pays, des recherches sur les conditions physiologiques de création, de dépense, et de régénération de l'énergie des moteurs animés et particulièrement de l'homme.

Le Congrès émet le vœu : que, par l'institution d'un bureau international d'hygiène, de travail et de statistique et par des Congrès internationaux périodiques, tant généraux que spécialisés à certaines questions de l'hygiène et de l'économie du travail, les gouvernements facilitent la solution de toutes les questions qui s'y rapportent et assurent, par une entente et une législation internationale, la stricte et loyale observation des résolutions arrêtées.

MINIMUM DE L'ACUITÉ VISUELLE ET DE CHROMATOPSIE admissible dans les services des chemins de fer et de la marine.

Pour conclure, en ce qui concerne d'abord le minimum d'acuité visuelle exigible dans le service des chemins de fer, une loi doit primer ici toute autre considération, c'est la loi de l'offre et la demande. Si l'on trouve en quantité suffisante des candidats doués d'une acuité tout à fait normale, il est certain qu'on a le droit d'être exigeant et de demander à tous une acuité 1. Mais des candidats aussi bien doués et possédant par ailleurs toutes les qualités nécessaires feraient probablement défaut et l'on pourra s'en consoler en pensant que, étant donnés le grand nombre et la grande visibilité des signaux, une acuité aussi élevée n'est généralement pas nécessaire. Il ne nous semble pas cependant que l'on puisse descendre au-dessous des chiffres suivants :

Dans le service des chemins de fer, les mécaniciens et chauffeurs devront avoir une acuité visuelle au moins à 2/3 pour un œil, à 1/2 pour l'autre.

Les mêmes agents en service depuis longtemps ne devront pas avoir une acuité au-dessous de 1/2 pour chaque œil.

Les candidats aux autres services de la voie devront avoir une acuité égale à au moins 1/2 pour un œil et 1/8 pour l'autre.

Dans la marine, on devra se montrer plus exigeant : les gabiers, timoniers, pilotes, devront avoir une vision normale pour chaque œil : les autres, une acuité visuelle de 1/2.

En ce qui concerne l'état du sens chromatique, l'auteur conclut :

Les candidats devront savoir nommer et distinguer les unes des autres les couleurs employées pour les signaux : le rouge, le vert, le jaune, le bleu et le violet; ils devront en saisir même les les nuances peu saturées. On devra en outre s'assurer qu'ils ne voient pas seulement ces couleurs sur une surface assez étendue, mais encore qu'ils n'ont pas de scotome central; pour cela, chaque œil étant fermé successivement ils devront distinguer avec l'autre œil la couleur répandue sur un très petit espace, un point coloré que l'on fait passer rapidement devant eux. Une lanterne dans le genre de celle de Redard, employée par exemple à la Compagnie P.-L.-M., et qui permet de faire passer rapidement devant l'œil du malade des verres colorés vus par un petit orifice, répond à toutes les indications. Si aux verres fortement teintés qui servent habituellement, on ajoute une autre série de verres de coloration moins intense, on aura un moyen très pratique et très suffisant d'éliminer les candidats atteints d'un affaiblissement du sens chromatique avec le service.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Récentes Publications

LES MOUVEMENTS METHODIQUES ET LA " MÉCANOTHÉRAPIE "
Par le Dr **F. LAGRANGE**, lauréat de l'Académie des Sciences et l'Académie et de Médecine
1 volume in-8°. avec 55 gravures dans le texte..... **10 fr.**

GENÈSE & NATURE DE L'HYSTÉRIE
Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris
2 volumes grand in-8°..... **20 fr.**

L'AUDITION ET SES ORGANES
par le Dr **E. GELLÉ**, 1 volume in-8°. avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **6 fr**

NÉVROSES ET IDÉES FIXES
PAR
le Dr **F. RAYMOND**
Professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière
le Dr **Pierre JANET**
Directeur du Laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
Chargé du Cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne

I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le docteur **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 68 fig, dans le texte..... **12 fr.**
II. *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par les docteurs **F. RAYMOND** et **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 97 fig. dans le texte..... **14 fr.**
Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie
par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**
Volume grand in-8°, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **25 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ANTISEPTIQUES CHIRURGICAUX

Par le Dr Scheffler, médecin aide-major au 16e de ligne

Nous étudierons sous le nom d'antiseptiques chirurgicaux, les médicaments qui sont utilisés dans le but de détruire d'une part, les germes qui se trouvent sur les instruments ou les mains de l'opérateur et d'autre part, ceux qui résident sur la peau et la plaie infectée ou non, de l'opéré.

Nous ne parlerons pas des différences qui existent entre l'antisepsie et l'asepsie chirurgicales, nous dirons seulement que les agents de l'une servent souvent à réaliser l'autre.

Nous donnerons des antiseptiques chirurgicaux la définition suivante : ce sont les médicaments dont le but est de s'opposer à la vie ou au développement des microorganismes et, autant que possible, sans effet nuisible local ou général.

Quel est, maintenant, leur mode d'action?

Les antiseptiques peuvent agir de trois façons :

1° En détruisant les microorganismes;

2° En diminuant leur vitalité propre ;

3° En rendant le milieu impropre à leur existence, c'est-à-dire, en augmentant la résistance du tissu de l'organisme.

Mais nous devons encore considérer d'autres particularités de l'action antiseptique.

En effet, les différents antiseptiques ne se montrent pas également actifs vis-à-vis des différentes espèces de microbes.

Par exemple, l'acide borique aux doses usuelles est sans actions sur les moisissures, le borate de soude très efficace contre le muguet l'est infiniment moins vis-à-vis du streptocoque ou d'un autre microorganisme.

La *puissance antiseptique* d'un médicament est donc d'autant plus considérable que ce médicament agit sur un plus grand nombre de microorganismes et que la dose à employer est plus faible.

De plus les antiseptiques qui agissent sur les microorganismes, soit pour les détruire, soit pour diminuer leur vitalité, agissent aussi sur les cellules et peuvent ainsi avoir sur les tissus une action nuisible, au lieu même de leur application.

Enfin, ils peuvent être absorbés et amener des phénomènes d'intoxication générale.

Ce sont ces considérations qui servent à déterminer la *valeur thérapeutique* de ces médicaments.

La valeur thérapeutique d'un antiseptique dépendra donc d'une part de la dose à employer et du nombre des espèces microbiennes qu'il est capable de détruire à cette dose et, d'autre part, de son action locale et de sa toxicité.

En un mot, la valeur thérapeutique d'un antiseptique reconnait trois facteurs :

1° Sa puissance antiseptique;

2° Son influence locale;

3° Sa toxicité générale.

La toxicité elle-même, est fonction de l'absorption du médicament.

Or, l'absorption se fait plus ou moins facilement selon la nature de la lésion, sa situation anatomique et la structure histologique du tissu ou appareil lésé.

De plus, le malade lui-même peut être particulièrement sensible à l'action de certains antiseptiques, soit parce qu'il est atteint d'une maladie générale, soit par idiosyncrasie naturelle et présenter des phénomènes d'intoxication avec des doses habituellement inoffensives.

Enfin, la puissance antiseptique absolue des différents médicaments peut varier suivant certaines conditions.

D'une façon générale, la puissance antiseptique s'accroît si l'on élève la température de la solution.

Certaines substances peuvent la diminuer comme l'alcool à l'égard de l'acide phénique. Enfin, le mélange de plusieurs substances antiseptiques est plus antiseptique que chacune d'elles prises en particulier (Bouchard). Toutes ces considérations rendent difficile une classification rationnelle des antiseptiques.

Plusieurs auteurs cependant les divisent en différentes catégories suivant leur puissance antiseptique.

En effet, Bucholtz, Jalan de la Croix, Miquel ont déterminé pour chaque substance les doses nécessaires soit pour détruire certains germes pathogènes, soit pour empêcher le développement de toutes les espèces de germes dans un même volume de bouillon exposé à l'air :

Il est certain que ces classifications donnent de très utiles renseignements sur la puissance antiseptique des médicaments dont il s'agit, mais non pas sur leur valeur thérapeutique et encore les résultats obtenus ne sont pas toujours applicables aux cas particuliers de la clinique.

Or, ce qui importe pour faire un choix dans la foule des antiseptiques c'est de bien connaître la valeur thérapeutique de chacun d'eux et de préciser leurs indications spéciales. C'est dans ce sens que nous allons nous orienter.

Les antiseptiques chirurgicaux sont utilisés de diverses façons.

1° A l'état liquide, soit à l'état de pureté (*baumes, essences*), soit en solutions plus ou moins étendues dans l'eau, l'huile, l'alcool. Ils sont alors employés soit en applications directes, soit en lavages et bains.

2° A l'état pulvérulent, en application directe, soit à l'état de pureté soit mélangés à des poudres inertes.

3° Incorporés à des topiques : pommade, collodion, vernis, ou à des matières à pansement, gaze, ouate, étoupe, tourbe.

Nous ne donnerons aucune classification des antiseptiques chirurgicaux, nous nous bornerons seulement à les grouper suivant leur parenté chimique.

Les sels de mercure comptent parmi les antiseptiques les plus puissants, nous en étudierons deux : le bichlorure et l'iodure.

Le bichlorure de mercure ($Hg. Cl^2$) sublimé corrosif, s'emploie exclusivement en solutions dont le titre varie entre 1/500 et 1/4000 et même 1/10000 en gynécologie.

L'addition de 5/1000 d'acide tartrique ou d'acide chlorhydrique augmente la puissance antiseptique en empêchant la combinaison du sublimé avec l'albumine (Laplace).

La solution à 1/1000 qui constitue un antiseptique très énergique et d'un usage courant en chirurgie, aussi bien pour le lavage des mains que du champ opératoire.

On doit auparavant débarrasser la peau des produits graisseux par un savonnage et même un lavage à l'alcool.

La gaze humectée de la solution à 1/1000 et exprimée constitue un bon pansement humide. Nussbaum ne veut pas qu'on ajoute de toile imperméable au pansement, car la peau étant humide, pourrait être attaquée par le sublimé.

La macération de la peau amène l'absorption du sublimé et parfois des accidents d'intoxication (Manquat).

Rappelons que l'intoxication hydrargyrique s'accompagnera de stomatite et se caractérise par des éruptions plus ou moins abondantes et graves.

Pour la chirurgie occulaire il vaut mieux employer un autre antiseptique. Cependant on peut comme en gynécologie employer la solution à 1/4000.

Chez les enfants et les sujets à peau tendre, surveiller de près l'application des solutions même très étendues.

Les solutions de sublimé attaquent les instruments et ne peuvent servir à leur désinfection.

On formule : solution avec :

Bichlorure de Hg	0,25 à 1 gr.
Acide tartrique	2
Eau	1000
Colorant	Q. S.

La liqueur de Van Swieten a la composition suivante :

Bichlorure de Hg	1 gr.
Alcool à 80°	100
Eau distillée	900

Elle ne présente aucun avantage et elle est peut-être plus irritante.

En gynécologie on formule souvent.

Sublimé	0.25
Acide tartrique	1
Colorant	Q. S. pour un paquet

dans un litre d'eau.

Pour un bain on formule :

Sublimé	10 à 20 gr.
Alcool à 90°	50
Eau	200

à mettre dans une baignoire en bois, ou émaillée.

Le **biiodure** de Hg. est peu employé, on l'utilise surtout en obstétrique, en solution à 0,25, 0,50 — 1 0/00. Il est sans grand avantage sur le sublimé.

En résumé, le sublimé en solution étendue constitue peut-être le meilleur des antiseptiques, en ce sens que son efficacité est à peu près la même vis-à-vis des différents microbes.

Les inconvénients sont : la possibilité d'une intoxication qui limite son usage, et de plus le fait qu'il attaque les instruments métalliques.

Parmi les combinaisons de l'iode, nous trouvons également des corps utilisés couramment pour leur action antiseptique.

L'*iode* lui-même en solutions plus ou moins étendues est employé.

L'addition d'iodure de potassium permet de le dissoudre dans l'eau mais dans l'emploi de ce medicament, on recherche surtout une action modificatrice ou révulsive.

Iodoforme : L'iodoforme a pour formule CHI^3. C'est une poudre jaune, cristalline, à odeur très pénétrante, soluble dans l'alcool 1/50, l'éther 1/6 et les huiles.

Son pouvoir bactéricide in vitro est plutôt faible, en revanche son action est remarquable dans la pratique.

Son action antiseptique et cicatrisante est due soit à ce qu'il diminue les sécrétions et forme avec la sérosité un enduit protecteur, soit par mise en liberté d'iode (Neisser).

Quoiqu'il en soit l'iodoforme maintient aseptiques les plaies qui le sont ; il reussit également très bien, dans les cas où la désinfection ne peut être que relative (*plaies cavitaires*). Il semble être le spécifique du chancre mou.

Les indications chirurgicales sont les suivantes :

1° Plaies aseptiques.

2° Plaies cavitaires (*rectum*, *vagin*, *bouche*).

3° Chancres, ulcères syphilitiques.

Il est également employé dans les tuberculoses locales, les brûlures. On injecte souvent dans la cavité des abcès froids de l'éther iodoformé à 5 0/0 (50 à 60 gr.) ; de l'huile de la glycérine à 10 0/0 (10 à 30 gr.) ; on répète l'opération tous les 8 à 10 jours.

La vaseline iodoformée à 5 0/0 est d'un usage courant de même que la gaze iodoformée.

L'iodoforme est bien certainement l'antiseptique pulvérulent le plus généralement employé en chirurgie.

On a essayé de masquer sa mauvaise odeur en l'additionnant de marc de café pulvérisé ; en lui adjoignant de petites quantités de coumarine, d'essence de roses..... mais ces tentatives outre qu'elles donnent peu de résultats, semblent diminuer l'efficacité de l'iodoforme. Le mieux pour enlever l'odeur, est de se frotter les mains avec de la farine de moutarde.

L'absorption de l'iodoforme se fait surtout au niveau des plaies où beaucoup de pelotons adipeux sont unis à nu (amputation du sein). On a noté dans ces cas d'assez fréquentes intoxications.

L'intoxication est toujours à craindre chez les cancéreux, qui semblent être la catégorie de malades, la plus susceptible à ce médicament.

L'emploi de l'acide phénique semble ausssi singulièrement la faciliter (de Mosetig).

L'intoxication s'annoncerait par un signe prémonitoire qui est l'augmentation du pouls. Différents signes la confirment : Le malade trouve une saveur alliacée aux objets d'argent (signe de l'argent). Ceux-ci après avoir touché la salive des malades prennent également une odeur alliacée si on les frotte avec un linge. (Signe de Poncet).

L'Iodol a pour formule C^4I^4AzH. C'est une poudre brune à légère odeur de thymol.

Son action antiseptique est beaucoup moindre que celle de l'iodoforme mais sa toxicité très faible. Il est légèrement caustique, ce qui l'a fait employer pour les ulcères atoniques.

Ses indications sont les mêmes que celles de l'iodoforme.

Le Dr Trousseau l'a employé pour les blépharites.

Pommade 2 pour 10 de vaseline.

Le **Diiodoforme**, ethylène tetraiodé, C^2I^6, est formé d'aiguilles jaunes et sans

odeur dans l'obscurité. A la lumière il brunit et devient odorant. Mêmes indications que l'iodoforme.

Cependant contenant 95 0/0 d'iode il est quelquefois douloureux.

L'Aristol. Bi-iodure de dithymol. Cest une poudre amorphe, rouge brique, à odeur rès faible d'iode, insoluble dans l'alcool et la glycérine, soluble dans l'éther et les huiles grasses.

Son pouvoir antiseptique est faible mais sa toxicité est absolument nulle.

On l'a beaucoup vanté contre le lupus et surtout l'épithélioma.

Brocq a cité un cas de guérison.

Ce qu'il y a de certain c'est qu'il améliore les ulcérations.

Dans le traitement des brûlures il a une action remarquable surtout au deuxième degré. Il favorise l'épidermisation sans qu'on ait à craindre aucune absorption. On emploie la pommade suivante :

Aristol	5—10 gr.
Huile d'olive stérilisée	15—25 gr.
Lanoline ou vaseline	70 gr.

Inutile au début du traitement des chancres il favorise cependant la cicatrisation.

Vinay emploie la pommade suivante dans les gerçures du sein.

Aristol	4 grammes.
Vaseline liquide	20 —

En résumé l'action de l'aristol est surtout une action épidermisante, favorisant la restutitutio ad integrum.

Dans les brûlures étendues, nous le rappelons, il nous a donné des résultats parfois surprenants.

On prépare également des dérivés biiodés des divers phénols, comme *l'iodocrésyl ou traumatol*, et l'europhène (iodure d'isobutylorthocrésol) qui a été vanté en Allemagne comme succédané de l'iodoforme et de l'aristol. Il n'est pas toxique, mais les pommades à 5-10 p. 0/0 sont irritantes. Ne pas dépasser 2 0/0.

C'est une substance jaune à odeur de safran.

Parmi les composés de chlore un certain nombre sont utilisés comme antiseptiques.

L'Eau chlorée peut être employée à la dose de 5 0/0 en lotions, fomentations, collyres.

La Liqueur de Labarraque, mélange de chlorure et d'hypochlorite de soude, est aussi employée à la dose de 2-5-10 p. 0/0, pour le lavage des plaies, quand on recherche en même temps une action excitante.

Elle est utile également dans les trajets fistuleux.

Le **Chlorure de chaux** n'est plus qu'un désinfectant.

Le **Chlorure de Z N** est surtout un caustique.

Il est cependant émployé comme antiseptique en solution à 2-5 0/00.

La solution a 2 0/00 a été employée dans le lavage de la plaie après la pleurotomie.

Le **Chloral** est aussi employé en solution à 1-2 p. 0/0 pour le lavage des plaies putrides ou de la plèvre après l'empyème et en injections vaginales.

L'eau oxygénée, le permanganate de K et le monol peuvent être rangés dans une même catégorie d'antiseptiques.

Leur action résulte de la facilité avec laquelle ces corps cèdent leur oxygène surtout en présence de matières organiques.

L'eau oxygénée introduite dans la pratique chirurgicale par Baldy peut contenir 12 volumes d'oxygène. Celle du commerce contient 5-10 volumes, elle est miscible à l'eau en toutes proportions et constitue un microbicide énergique.

Les solutions employées habituellement renferment 2-3 volumes d'oxygène. Elle convient pour les plaies récentes, les ophtalmies blennorrhagiques, les lavages de la plèvre.

Elle blanchit la peau et les muqueuses, et doit être conservée au frais et à l'abri de la lumière.

Le **Permanganate de K** est en aiguilles brillantes presque noires. Ses solutions sont d'un beau rouge violet. Au contact des matières organiques, il perd son oxygène et se réduit en bioxyde de Manganèse.

Les taches brunes ainsi produites disparaissent sous l'influence de l'acide tartrique ou oxalique, ou du bisulfite de soude.

Le **Permanganate de K** étant un agent puissant d'oxydation jouit de propriétés antiseptiques puissantes mais son action toute de surface est fugace : « il désinfecte énergiquement au moment où on l'applique mais n'empêche pas les liquides secrétés ultérieurement de conserver leur virulence » (Vallin).

Il fait disparaître la fétidité des ulcères et hâte leur cicatrisation; il est très employé en injections uréthrales (1/1000-1/2000) et en lavages (1/1000-4000) dans la blennorrhagie. Il donne également de bons résultats en injections vaginales dans la leucorrhée.

Pour le cancer de l'utérus, comme désodorisant il rend de grand services.

Son action varie suivant le titre des solutions jusqu'à 1/1000 il est astringent.

de 1/1000 à 1/100	irritant
à 8/100	caustique faible
15/100	caustique moyen
60/100	caustique fort (Manquat).

Lacerda l'emploie aussi contre les morsures de serpents, il pratique des injections hypodermiques à 1/100 dans les trous des morsures et au pourtour. Lier le membre au-dessus de la lésion.

En résumé, les indications du permanganate sont celles d'un « topique désinfectant, astringent et légèrement caustique » (Manquat) et son action surtout superficielle est de courte durée.

Le **Monol** est un antiseptique à base de permanganate de chaux. Le permanganate de Ca est en belles aiguilles d'un brun violet.

Le Monol est aussi inoffensif qu'actif (Lasniée). A la dose de 20 0/00 d'eau, le monol se montre un bon antiseptique surtout recommandé pour l'antisepsie vaginale. Comme le permanganate de K, son action est superficielle et fugace.

(*à suivre*).

ALIMENTATION DES ENFANTS DÉBILES

Par le Pr P. Budin (1)

(*Fin*)

Quelques enfants semblent ne pas avoir, comme je vous le disais tout à l'heure, des organes suffisamment développés pour bien digérer le lait de femme. Dès 1887 nous nous étions demandé s'il ne serait pas possible de combiner, en proportions raisonnées, les éléments d'une nourriture vraiment assimilable, et, sachant ce qui manque, d'ajouter aux aliments tel ou tel produit capable de suppléer à une sécrétion glandulaire insuffisante (1).

Du reste, depuis quelques années, on cherche à modifier le lait de vache en lui enlevant une partie de sa caséine par exemple, et on fait ainsi des laits maternisés, plus faciles à absorber pour les enfants. Ce n'est pas tout à fait ce que nous cherchions : nous voulions digérer le lait de vache d'une façon presque complète (2) et donner ainsi aux enfants, comme adjuvant au lait de nourrice insuffisamment utilisé, des substances alimentaires modifiées de telle façon que les transformations fermentatives qui resteraient à effectuer pour les rendre assimilables fussent peu étendues. C'est au moyen de macération de pancréas de veau que M. Ch. Michel, notre chef de laboratoire et collaborateur, est parvenu à digérer partiellement le lait de vache, de manière à modifier surtout ses matières albuminoïdes, en les transformant en albumoses et peptones.

Nous nous sommes ensuite assuré, par l'expérimentation sur de jeunes animaux, que le lait de vache ainsi modifié n'avait rien perdu de ses qualités qu'il pouvait encore accroître et nourrir un organisme jeune.

Nous avons administré à un chien, à partir du douzième jour de la vie, du lait de vache digéré et corrigé par addition d'eau, de sucre et de lactose, c'est-à-dire la préparation même que nous avons plus tard administrée à des débiles.

En comparant la composition de ce produit à celle du lait de chienne, si riche en matière minérale et notamment en phosphates, ou inclinerait à penser qu'il n'était guère favorable à la nutrition d'un jeune chien : l'animal, si j'en juge d'après sa courbe, s'accommoda pourtant fort bien de ce régime. Nous mettions le lait digéré dans une tétine et rien n'était amusant comme de voir ce petit chien tenu dans les bras du garçon de laboratoire, essayant de saisir le goulot avec ses deux pattes et tétant avec une avidité extraordinaire. Il commença par recevoir journellement 250 grammes de lait digéré, puis 275, 300, 350 et ainsi de suite jusqu'à 600 grammes. A deux reprises il fit deux tétées

(1) P. Budin *Leçons de clinique obstétricale*, p. 226, leçon du 17 décembre 1887.

(2) P. Budin et Ch. Michel. *Recherches sur l'alimentation des enfants débiles, emploi de produits de digestion artificielle du lait de vache.* L'Obstétrique, 1887, p. 97 à 115 et 211 à 229.

en moins dans les 24 heures ; du 27 au 28 novembre, il ne prit que 250 grammes de lait digéré au lieu de 350, quantité qu'il avait absorbée la veille et qu'il prit le lendemain : il n'augmenta que de 5 grammes et la courbe présente un plateau. De même, du 5 au 6 Décembre, il ne reçut 300 grammes au lieu de 400, quantité absorbée les jours précédents et aussi les jours suivants : l'augmentation ne fut encore que de 5 grammes et la courbe offre un nouveau plateau. Le 19 novembre, le chien pesait 660 grammes ; le 19 décembre 1975 grammes, il avait donc augmenté de 1315 grammes en 30 jours, c'est-à-dire de 43 gr. 85 par jour.

Un autre chien, âgé de 6 semaines, pesait 1850 grammes au début de l'expérience. Il fut alimenté pendant les dix premiers jours avec du lait de vache digéré et non corrigé par addition d'eau lactosée ; pendant les dix autres jours, il reçut du lait digéré, mais corrigé. Sa courbe, est, dans son ensemble, comparable à la précédente.

Convaincu par ces résultats, quand nous nous sommes trouvé en présence d'enfants débiles qui ne paraissaient pas bien assimiler le lait de femme, nous leur avons donné du lait artificiellement digéré. Voici quelques observations :

L'enfant G. D. naquit à la Maternité le 11 mars 1896 : il pesait en venant au monde 1900 grammes. Lorsqu'il entra le 20 mars aux débiles, où il fut inscrit sous le n° 72, son poids n'était plus que de 1780 grammes.

Comme il n'augmentait pour ainsi dire pas, puisque du 20 au 28 mars, où il pesait 1790 grammes, il n'avait pris que 10 grammes, c'est-à-dire 1 gr. 9 par jour, on lui donna du lait digéré. Immédiatement, il se mit à augmenter de telle sorte que le 29 mai il pesait 2970 grammes. Il s'était accru des 1180 grammes en 61 jours, c'est-à-dire de 19 gr. 3 par jour. Cet enfant reçut des quantités variables de lait digéré. Le premier jour il en but 90 grammes, le second 100. Le 11 avril, comme il vomissait après chaque tétée au sein de la nourrice, il prit jusqu'à 240 grammes de lait digéré.

Pendant les quatre premiers jours tout au moins de ce nouveau régime, le prématuré ne pesait pas beaucoup plus que les jours précédents : au lieu de 440, 430, 420 gr. de lait de femme qu'il avait tétés le 25, le 26, et le 27 mars, il but le 29 mars 440 (350+90) le 30 mars 460 (300+160) le 31 mars 530 (440+90) et le 1e août 420 (360+60) gr. de lait de femme et de lait digéré réunis.

L'enfant de V. naquit à l'hôpital Lariboisière le 5 février 1896 : il pesait 2,810 gr. Il fut apporté au service des débiles quinze jours plus tard, c'est-à-dire le 20 février et reçut le n° 44. Il pesait 1,860 gr.

Du 20 février, jour de son entrée aux débiles, au 2 mars où il pesait 2010 gr, il avait augmenté en onze jours de 140 gr. c'est-à-dire de 12 gr. 7 par jour. A partir du 2 mars, il prit 80, 70, 90 gr. et plus de lait digéré. Le 16 avril, jour de son départ, il pesait 2,940 gr. c'est-à-dire qu'il s'était accru, en moyenne, de 20 gr. 6 par jour.

L'enfant A. M. naquit à la Maternité, le 3 mars 1896, il pesait 1750 gr. Les deux premiers jours, il diminua de poids et tomba à 1600 gr. Il augmenta ensuite lentement et, le 15 mars, jour de son entrée aux débiles, il pesait 1660 gr. Il eut le n° 67 du registre annuel. Le 23 mars il pesait 1,750 gr. En huit jours, il avait donc augmenté de 80 gr. c'est-à-dire de 10 gr. en moyenne par jour. A partir du 23 mars, il prit, outre du lait de nourrice, du lait digéré, 30, 60, 100 gr. et jusqu'à 140, 160 et 190 gr. Le 14 mai, il pesait 3050 gr. Il avait donc augmenté de 1300 gr. en cinquante jours, c'est-à-dire de 26 gr. 5 par jour.

L'enfant N. O. naquit le 27 juillet 1896 à la clinique de la Faculté, rue d'Assas. Il pesait au moment de sa naissance 1,700 gr. Un mois plus tard, le 27 août 1896, il fut apporté au service des Débiles pesant 1,560 gr. Il reçut le n° 245. Cet enfant était

syphilitique, et il présentait des lésions multiples, coryza, foie gros, rate volumineuse, etc. On lui donna 20, 30, 40 et même 60 gouttes par jour de liqueur de Van Swieten. Du 27 août (1560 gr.) au 20 octobre, date à laquelle il pesait 1,850 gr. il n'avait augmenté que de 290 gr. en 54 jours, c'est-à-dire de 5 gr. 4 par jour. A partir du 20 octobre, il prit quotidiennement 70, 130, 160, 190 et jusqu'à 210 gr. de lait digéré. Le 6 décembre, il pesait 2,850 gr. il avait augmenté de 1,000 gr. en 47 jours, c'est-à-dire de 21 gr. 27 par jour. Il allait quitter l'hôpital, paraissant en excellente santé, lorsqu'il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva une rate volumineuse et des gommes qui avaient envahi la plus grande partie du tissu hépatique.

Nous avions bien soigné cet enfant, nous l'avions fait se développer d'une façon merveilleuse, mais il n'en était pas moins syphilitique; le fait reste d'autant plus convaincant au point de vue de l'absorption des peptones.

Vous venez, du reste, de voir, dans cet hopital, un enfant chez lequel le lait de sa mère et le lait de vache étant vomis et ayant déterminé de la diarrhée, le lait digéré (ce que nous appelons souvent par abréviation les peptones) avait eu un plein succès.

Né le 24 novembre 1898, à la clinique Tarnier, le petit Henri... pesait 3,800 grammes il sortit le 5 décembre, pesant 3,650 grammes.

La mère n'ayant pas assez de lait, on lui donne chaque jour cinq bouteilles de 50 gr. de lait stérilisé; le 9 décembre, il avait encore diminué et ne pesait que 3.550 grammes. Il reçut 7 bouteilles de 50 grammes.

Le 16 décembre, il pesait 3,700 gr, et avait augmenté de 22 gr. 8 par jour.

Le 30 décembre, son poids était de 3,900 gr. et il avait augmenté de 290 gr. en quatorze jours, c'est-à-dire de 21 gr. environ par jour.

Le 9 janvier, il avait atteint 4,020 gr.; le 13, on nous le ramena, il avait des vomissements, de la diarrhée et ne pesait plus que 3,800 gr. : son poids tomba, le 16 janvier, à 3,730 gr., ce qui faisait 290 gr. de diminution : les troubles digestifs s'aggravaient.

Nous l'avons fait alors rentrer dans le service avec sa mère, son poids est descendu à 3,610 gr. Nous l'avons mis à la diète, lui avons fait prendre un peu de calomel et du benzo-naptol, puis nous lui avons donné du lait de nourrice et des peptones; il s'est assez vite rétabli et il est sorti avant-hier, 8 février, pesant 4.050 gr.

Comme la mère n'avait plus une goutte de lait, il reçut chaque jour 350 gr. de peptones et du lait stérilisé pur (1).

Le lait artificiellement digéré par le procédé que nous avons indiqué peut donc rendre de très grands services; il nous aidait beaucoup au service des débiles de la Maternité, dans lequel nous étions obligé avec 14 femmes, d'élever 54 enfants, dont 40 nés prématurément et 14 appartenant aux nourrices. Si la production des nourrices venait à être insuffisante, il devenait très facile d'y ajouter le supplément nécessaire.

Il est enfin une grève spéciale qu'il faut prévoir dans un service de débiles, celle des nourrices. Si la plupart d'entre elles veulent subitement partir, on ne peut les retenir et il n'est point facile de les remplacer immédiatement. La nouvelle nourrice a besoin en effet, d'une certaine éducation pour faire couler son lait dans la bouche des enfants, ou pour le traire dans un vase afin qu'on puisse le donner soit au verre, soit à la cuiller à ceux qui ne tètent pas encore ou qui sont syphilitiques.

Nous avons eu à subir une de ces grèves.

(1) Cet enfant a continué à bien se développer ; le 17 février il pesait 4.300 grammes et le 10 mars il avait atteint 4880 gr. Le 17 mars, on supprima complètement les peptones pour ne plus donner que du lait pur. Le 22 septembre 1899, à dix mois, il pesait 8.140 gr.

Lorsque j'ai pris la direction du service, les nourrices étaient autorisées à venir dans la salle des enfants au moment de la visite des parents, le jeudi et le dimanche. Vous voyez d'ici ce qui pouvait en résulter. Les parents faisaient des compliments aux nourrices parce que les enfants vivaient et se développaient, mais ces compliments devaient se traduire d'une façon plus palpable. Les nourrices tendaient la main et on leur donnait de l'argent. Ce n'est pas tout, quand les parents voyaient que leurs enfants apportés très faibles ou malades dans le service, allaient bien, ils ne trouvaient rien de mieux que d'emmener une de nos nourrices, celle qui avait allaité leur bébé. J'avais beau protester contre cette conduite inqualifiable. « Comment pouvez-vous, disais-je aux parents, nous enlever nos nourrices ? Est-ce pour nous remercier d'avoir sauvé votre enfant ? Comment ferons-nous pour allaiter ceux qui vont nous arriver ? » Rien n'y faisait, et les nourrices entraînees par des promesses d'argent, nous quittaient.

Il leur fut alors absolument défendu de pénétrer dans la salle des débiles pendant la visite des parents, la porte de communication fut fermée.

Elles se révoltèrent et 7 sur 14 partirent immédiatement. Nous sommes donc restés avec 7 nourrices pour 47 enfants.

Grâce au lait digéré, nous avons pu alimenter nos prématurés ; ils n'ont pas trop souffert et peu à peu nous avons pu réorganiser notre service.

De tout ce que je viens de vous exposer, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions pratiques.

Quels conseils devrez-vous donner quand vous vous trouverez en présence d'un enfant venu prématurément au monde ?

Lorsqu'un enfant naît débile :

A. Ou il est confié à une nourrice.

B. Ou sa mère le nourrit elle-même.

A. L'enfant peut être confié à une nourrice en ville, nourrice sur lieu, ou il peut, à Paris, être envoyé au service des débiles de la Maternité.

a. Si on prend une nourrice mercenaire pour un enfant débile né en ville et mis dans une couveuse, que voit-on généralement ? Son propre enfant la quitte pour retourner chez elle, et elle donne consciencieusement le sein au débile ; mais comme il ne tête que faiblement, le lait diminue peu à peu et bientôt disparaît presque totalement. Le nourrisson lui-même n'augmente plus, il a des digestions imparfaites, ses garde-robes sont mauvaises. Alors on renvoie la nourrice ; la pauvre femme part et perd sa place, ce qui lui cause un grand dommage. On prend une nouvelle nourrice et, au bout de quelque temps le résultat est le même.

Instruits par l'expérience, nous ne procédons plus de cette manière. Quand nous plaçons une nourrice dans une famille pour un nouveau-né débile, nous lui faisons conserver son propre enfant. Nous démontrons à la famille que cet enfant de la nourrice est la sauvegarde du prématuré.

Naturellement, nous nous assurons bien au préalable qu'il n'a pas de maladie contagieuse.

Que va-t-il alors se passer ? La nourrice tétée par son propre enfant, entretiendra ainsi son lait et elle pourra donner au petit débile, la quantité qu'il demandera. Elle fournira, et très facilement, assez de lait pour ses deux nourrissons. Je pourrais vous citer de nombreux exemples de succès. Rappelez-vous cet enfant qui pesait 1.270 gr. au moment de sa naissance, tomba à 1.070 grammes, puis se mit à augmenter de poids régulièrement. La nourrice avait conservé avec elle son bébé.

Vous avez même vu qu'on pouvait aussi donner facilement au débile, suivant le

besoin, soit du lait peu chargé en beurre, soit au contraire du lait gras. Dans le premier cas, comme dans l'observation d'un enfant né avenue Carnot, on fait prendre au prématuré le lait du début de la têtée, dans le second cas, comme dans l'observation de l'enfant D... de la rue de Berri, on met d'abord au sein l'enfant de la nourrice, et le lait qui reste pour le prématuré est très chargé en beurre.

Lorsque l'enfant, qui à sa naissance était débile, aura atteint le poids de 2,900 à 3,000 grammes et qu'il têtera vigoureusement, il sera désormais élevé dans les conditions ordinaires ; le bébé de la nourrice pourra partir.

b. Lorsque les enfants atteints de faiblesse congénitale sont apportés au service de la Maternité, on s'efforce de les élever ; ils quittent l'hôpital quand ils pèsent 3 kilos environ. Que deviennent-ils alors ? Leurs mères malheureusement n'ont plus de lait, elles les confient à des nourrices étrangères, tantôt à une nourrice au sein, tantôt, quel que soit le conseil qu'on leur donne, à une nourrice au biberon.

Malheureusement aussi, un certain nombre d'entre elles ayant perdu l'habitude de s'occuper de leur bébé ne s'y intéressent plus et le déposent aux Enfants Assistés.

On a sauvé la vie au petit être, c'est vrai, mais il devient un enfant abandonné, car il lui manque une mère ayant, dans ses seins, du lait pour le nourrir.

Quelques femmes du peuple cependant font tout ce qu'elles peuvent pour conserver leur lait pendant que leur enfant est à l'hôpital. Nous en avons vu trois qui recouraient à la traite répétée plusieurs fois par jour : leurs enfants apportés en 1896, étaient inscrits sous les n°s 49, 84 et 114 ; une femme (n° 99 en 1896) se fit téter par un petit chien et reprit aussitôt que possible son enfant qui nous avait été apporté atteint de cyanose. Une autre encore le n° 299, en 1896 payait trois francs par jour le droit de donner le sein à l'enfant d'une voisine. En 1897, une femme, accouchée de deux jumeaux, mit le plus petit à la Maternité, où il eut le n° 316 du registre, elle conserva le plus fort pour l'allaiter et, quand le débile sortit de l'hôpital, elle put subvenir à son alimentation. Une autre femme accouchée prématurément dut envoyer son nouveau-né très faible au service des débiles ; elle avait un autre enfant âgé de trois à quatre ans qu'elle remit au sein pour conserver son lait et ce dernier s'arrêtait quelquefois au milieu de sa tétée, prétendant qu'il voulait en laisser pour le petit frère qui se trouvait à l'hôpital. Enfin nous avons vu deux femmes, et parmi elles la mère du n° 44, en 1897, qui se faisaient téter journellement par leur mari afin d'entretenir leur lait jusqu'au moment du retour de leur enfant débile.

Ces faits montrent combien est légitime et grande parfois la préoccupation des mères qui veulent pouvoir nourrir leur nouveau-né atteint de faiblesse congénitale.

B. Lorsque la mère désire allaiter son enfant, il faut l'encourager et l'aider.

Comment faire à l'hôpital et en ville ?

a. A l'hôpital, il arrive parfois que le débile est assez fort pour prendre le sein de sa mère multipare qui a déjà nourri, et chez laquelle le lait vient facilement et abondamment ; dans ces conditions les choses se passent très simplement.

Malheureusement, il en est rarement ainsi ; le plus souvent l'enfant n'a pas la force de téter, on doit le nourrir au verre, à la cuiller ou même le gaver. Pour cela on recueille le lait d'une bonne nourrice, et on le lui donne par l'un des moyens ci-dessous ; bientôt il devient plus fort et se met à téter. Pendant ce temps, un enfant plus gros, né à terme, est mis au sein de la mère du débile ; la lactation s'établit chez elle, elle devient abondante et quand son enfant né prématurément est capable de téter, c'est elle-même qui lui donne le sein. Elle sort plus tard de l'hôpital avec un enfant né débile, il est vrai, mais ayant atteint le poids de 2,800 à 3,000 grammes, et elle est capa-

ble de l'allaiter personnellement ; elle s'est d'autant plus attachée à lui qu'il a été plus difficile à élever. Plusieurs enfants nés débiles et très faibles ont ainsi quitté notre service et ils continuent à suivre notre consultation de nourrissons.

Je vous en citerai deux exemples :

D'abord celui d'un enfant Mong.., né le 7 novembre 1898, pesant 1,625 grammes ; il descendit à 1,450 grammes et commença par prendre le lait d'une nourrice ; sa mère, qui avait été tétée par un enfant plus fort lui donna personnellement le sein le 14 décembre : la quantité de lait qu'elle lui fournit alla en augmentant, alors que celle qu'il prenait à la nourrice diminuait ; le 15 janvier, la mère suffisait seule à l'allaitement ; le 16 janvier elle sortit emportant son bébé qui pesait 2,800 grammes et qu'elle put continuer à nourrir.

Voici un autre fait. Il s'agit d'un enfant né prématurément le 18 octobre 1898, il pesait 1,330 grammes ; la mère avait eu des hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta ; l'enfant fut allaité par une nourrice. Le 24 novembre, la mère qui était jusque-là tétée par un enfant plus fort, se mit à donner le sein à son prématuré. Elle l'emporta de l'hôpital le 16 décembre 1899, il pesait alors 2,230 grammes. Depuis elle nourrit seule et vous pouvez le voir tous les vendredis à notre consultation, il est très bien portant.

b. Lorsque, en ville, une femme qui a mis au monde un débile, veut le nourrir, que faut-il faire ? Si on met cet enfant au sein de sa mère qui vient d'accoucher, il est incapable de la téter, le lait ne monte pas ou est très peu abondant ; le mieux est alors de prendre chez soi temporairement une nourrice avec son enfant, en précisant bien dans quelles conditions elle y restera. Cette nourrice fournira son lait à l'enfant débile, qui sera gavé s'il est nécessaire ou nourri au verre jusqu'au moment où il pourra téter. En même temps, elle nourrira son propre enfant, ce qui excitera et entretiendra chez elle la sécrétion lactée.

Quant à la mère du débile, elle met à son sein l'enfant de la nourrice, on voit alors la lactation s'établir vite chez elle : le jour où l'enfant né débile devient capable de téter vigoureusement sa mère, qui lui fournit du lait en quantité suffisante, la nourrice mercenaire peut partir.

La mère est satisfaite, car elle capable de remplir désormais son rôle ; la nourrice ne l'est pas moins, car elle est bien rémunérée pour avoir contribué à sauver un enfant né faible ; elle a de plus conservé avec elle son enfant bien portant, et comme elle a donné la preuve qu'elle est bonne nourrice, elle peut facilement trouver ailleurs une excellente place. Ajoutons que le médecin sera lui-même satisfait d'avoir obtenu un aussi bon résultat.

Vous voyez, Messieurs, que ces études aboutissent à des indications très importantes pour la pratique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

L'acide cinnamique et la leucocythose : leur rôle dans le traitement de la tuberculose (*Therap. Monatshefte*, septembre 1900). — KRAEMER a réuni dans son travail tous les cas de tuberculose pulmonaire traités par une solution aqueuse de cinnamate de soude, en injection intra-veineuse ou hypodermique : il n'a tenu compte que des cas où 14 injections au moins ont été pratiquées sur le même sujet.

En résumé, 10 auteurs ont donné des observations concernant 186 malades en tout : les résultats ont été favorables : aucun auteur n'a condamné cette médication et quelques-uns s'expriment avec enthousiasme à son égard. Kraemer ne tient compte que de 81 cas (14 injections et davantage) qui donnent 72,8 0/0 de succès et 27,2 0/0 d'insuccès. A la clinique de Heidelberg 10 malades traités par la tuberculine donnèrent 40 0/0 de succès, 22 malades traités par le régime et l'hygiène 40,9 0/0, et 7 malades traités par le cinnamate de soude 71,4 0/0 : ces derniers étaient tous des cas graves ; les 32 autres malades étaient atteints de tuberculose au premier degré.

Plusieurs auteurs annoncent que des malades auparavant traités sans succès par diverses méthodes, ne présentèrent d'amélioration qu'à partir du moment où l'acide cinnamique fut utilisé.

Le traitement provoque chez quelques patients une sensation de faiblesse, une certaine irritabilité nerveuse; parfois aussi, les crachats deviennent un peu sanguinolents, mais on n'observa pas d'hémoptysies pouvant être considérées comme directement dues à l'action de l'acide cinnamique.

L'amélioration des malades est progressive et s'explique sans doute par une stimulation de la leucocythose. L'injection intraveineuse est certainement beaucoup plus active que l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire.

L'acide cinnamique exerce surtout son action dans les cas de tuberculose pulmonaire; le lupus est peu influencé. Le médicament exerçant surtout son action en s'opposant à la résorption des toxines tuberculeuses, il est compréhensible que les résultats soient beaucoup plus marqués dans les tuberculoses avec bacilles nombreux (poumon, par exemple).

En résumé, le cinnamate de soude provoque une inflammation aseptique autour des foyers tuberculeux, une sorte d'eucapsulation de ces derniers, qui s'oppose au passage des toxines dans l'organisme. A noter, en outre, une action presque spécifique sur les sueurs nocturnes.

Le dosage est variable; en général, la dose de 10 milligr. en injection intraveineuse n'a pas été dépassée. Certains malades ne supportent pas les doses dépassant 1 milligr. (apparition de crachats sanguinolents); dans un cas, en revanche, une injection de 20 milligr., administrée par erreur, ne produisit aucun accident.

On fera, en général, trois injections par semaine.

E. VOGT.

De l'emploi du persulfate de soude dans le traitement de la tuberculose, par J. GAREL (*Bulletin Médical*, n° 69, p. 997, 1900). — Le persulfate de soude est un sel qui, lorsqu'il est chimiquement pur, paraît exercer une influence remarquable sur l'appétit et sur les fonctions digestives. Il a été étudié, au point de vue expé-

rimental par Richard Friedlander et par Joseph Nicolas, de Lyon. Il résulte des recherches de ce dernier que la toxicité du persulfate de soude est faible; dans l'introduction par la voie gastrique chez le cobaye la dose toxique oscille entre 0,25 et 0,35 par kilogramme; par la voie sous-cutanée elle est de 0,25 par kilogramme.

Le persulfate de soude a une action antithermique constante chez l'animal. A faible dose il n'entrave que très facilement les digestions artificielles. En ce qui concerne l'action sur la nutrition, celle-ci se manifeste chez les cobayes et le lapin, par une augmentation de poids.

Nicolas a administré le sel, chez l'homme, dans 16 cas, à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 par jour. Les malades étaient des convalescents de maladies aiguës ou des tuberculeux. Chez tous le persulfate de soude (ou persodine) a augmenté l'appétit, facilité les digestions, et amené une augmentation de poids. Les résultats obtenus par M. Garel confirment ceux de M. Nicolas. Le sel doit toujours être pris à jeun, une heure et demie avant le repas. Il est pris simplement dans un quart de verre d'eau pure, à la dose de 0 gr. 20 chez l'adulte. Une seule dose est suffisante pour vingt-quatre heures. La solution n'a aucune saveur désagréable. On a signalé parfois une diarrhée légère, qui cède d'ailleurs d'elle-même et très rapidement.

A partir du second ou du troisième jour le malade éprouve un besoin impérieux de manger et accusent des digestions plus faciles. L'appétit se maintient pendant longtemps.

Ces résultats, habituels chez les tuberculeux peu avancés, ne s'obtiennent pas chez les autres qui retombent presque aussitôt dans l'anorexie absolue.

En somme, Garel considère le persulfate de soude comme appelé à jouer un rôle important dans la médication eupeptique.

G. Lyon.

Traitement de la coqueluche par les bains d'air comprimé, par MM. Rocaz et Delmas (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Les bains d'air comprimé ont sur l'évolution de la coqueluche une heureuse influence qui a été déjà signalée par Sandhal (de Stockolm) et Schliep (de Baden-Baden), et que ces auteurs ont constatée eux-mêmes sur une cinquantaine de malades soumis à cette médication. Les enfants ainsi traités étaient tous atteints de coqueluche récente, mais confirmée; ils prenaient un bain quotidien dont la pression a varié de 10 à 40 centimètres de mercure, et la durée de une à deux heures. Ils ont tous guéri très rapidement, la plupart en moins d'un mois; les quintes ont, dès le début, diminué de durée, d'intensité et de fréquence. L'état général a de même été très amélioré; la fièvre, les hémorragies, les vomissements ont rapidement disparu. Aucun de ces enfants n'a eu de broncho-pneumonie, quoiqu'ils aient été presque tous observés en hiver, et que leur hygiène fût très mauvaise. Il n'y eut aucun accident, même chez des malades ayant une dilatation du cœur droit manifeste, avec fatigue de la fibre cardiaque; chez ces derniers, on recourut, au préalable, à l'emploi de la caféine : après quelques bains, les troubles cardiaques avaient disparu. On a soumis à ce traitement des enfants âgés de quelques mois sans aucun inconvénient pour eux.

L'action du bain d'air comprimé sur la coqueluche est complexe; elle paraît résulter d'une action sédative spéciale sur le système nerveux, de la diminution des sécrétions bronchiques, et surtout de la suroxygénation du sang: il faut donc rapprocher ces faits de ceux produits par les inhalations récemment conseillées, d'oxygène et de vapeurs d'eau oxygénée.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Emploi de la radiographie dans l'examen des arthrites métatarso-phalangiennes, par M. Geo Rodman (*British Med. Journal*, n° 2053, 1900). — Depuis que l'on applique l'examen radiographique à l'étude des déformations du genre *hallux valgus* ou simplement goutteuses, l'auteur a eu l'occasion d'observer au pied, en regard de l'exostose caractéristique que porte la tête du premier métatarsien, d'autres productions osseuses de même forme, développées sur le deuxième métatarsien ou les métatarsiens suivants, ayant le même aspect et la même insertion. Il s'ensuit une dilatation de toutes les articulations métatarso-phalangiennes du pied avec déviation des dernières phalanges des orteils *en dedans*, sans doute en rapport, comme il l'explique, avec les efforts que fait le sujet pour soulager du poids du corps l'articulation la plus douloureuse et qui a été primitivement atteinte, c'est-à-dire la première. Si les remarques de cet observateur se justifiaient par d'autres exemples, elles seraient un argument en faveur de la cure précoce de l'*hallux valgus*, cette déformation si fréquente chez la femme, avant que se soient produites

ces lésions manifestement secondaires et dont le processus est encore peu connu, mais qui suffiraient à le rendre bientôt inopérable.

A. Benoit.

Anesthésie par infiltration par Lohmann, (*Therap. Monatshefte* sep. 1900.) Lohmann conseille, quand on se sert de ce mode d'anesthésie, de tenir compte des deux facteurs qui contribuent à produire l'insensibilisation : *l'action physique* (pression du liquide injecté, température de ce dernier etc.) et l'*action chimique* du sel venant influencer les nerfs sensitifs (cocaïne, eucaïne, etc).

Si l'on injecte un liquide ne contenant pas de substances anesthésiques, il faut chercher à obtenir une infitration avec distension maxima des tissus : ou provoquera instantanément pour ainsi dire une anesthésie dont la durée sera en revanche très courte et diminuera par résorption du liquide injecté.

L'action des substances chimiques se manifeste plus lentement mais dure plus longtemps. Si donc on injecte un liquide ne contenant qu'une proportion minime (1 0/00, Schleich par exemple) d'anesthésique, il faudra obtenir une forte distension des tissus. Cette distension pourra être beaucoup moins marquée si le liquide infecté contient une forte proportion d'anesthésique.

La zone d'anesthésie augmente en surface quand la solution injectée contient une forte proportion d'anesthésique : la durée de l'anesthésie dépend du même facteur. Il est donc nécessaire de disposer d'anesthésiques relativement peu toxiques pour pouvoir injecter impunément des solutions concentrées. L'eucaïne devra donc être préférée à la cocaïne, et l'eucaïne B à l'eucaïne A. (Une solution à 5 0/0 d'eucaine B représente le liquide de choix pour l'anesthésie par infiltration.

Après avoir provoqué l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, on injectera, au moment de l'opération, aussi profondément dans les tissus que le bistouri doit pénétrer : on pourra ainsi obtenir une anesthésie de 3/4 d'heure de durée environ. Si la région est hypérémiée ou très sensible, il faut injecter très lentement. On observera dans quelques cas, une douleur consécutive à l'emploi d'eucaïne B, mais cette douleur peu vive du reste, cède à l'application de compresses humides.

Il n'y a donc pas à hésiter, actuellement, quand on pratique l'anesthésie par infiltration : il faut insister surtout sur l'anesthésie *chimique* qui n'offre aucun danger et dure beaucoup plus longtemps.

E. Vogt.

Régression médicamenteuse de tumeurs malignes (*Lyon médical*, 1900). — M. Jaboulay admet que le cancer provient d'un parasite animal, un *protozoaire*, si l'on s'en rapporte à l'action spécifique jusqu'à un certain point que lui a donné la *quinine*, jusqu'ici employée dans le cancer comme médicament nervin et analgésique. Entre plusieurs cas qu'il cite, nous reproduirons celui où cette action spécifique s'est montrée le plus indiscutable. Une malade reconnue atteinte de cancer du sein droit, avec envahissement des ganglions axillaires, avait été opérée il y a 2 ans et demi ; elle revint avec un noyau de récidive comme une mandarine dans la partie externe de la cicatrice, et en outre, une série de ganglions néoplasiques dans le creux sus-claviculaire. Le bras correspondant était œdémateux à l'excès. On pratiqua d'abord une injection de calomel de 0 gr. 06, puis huit jours après, des injections de *bichlorhydrate de quinine*, à la dose de 0 gr. 15 par jour. Dès la fin de la première semaine, la regression de la masse axillaire a commencé; l'œdème du membre a diminué à vue d'œil, jusqu'à disparaître en 20 jours. Le creux sus-axillaire ne contient plus que trois ganglions mobiles, il y a trois foyers ganglionnaires dans l'aisselle. La tumeur cicatricielle a diminué du quart environ et les mouvements sont redevenus possibles. En un mot une vingtaine d'injections de chlorhydrate de quinine ont transformé un cancer inopérable en tumeur opérable. Au début, M. Jaboulay, pensant aux rapports de la syphilis et du cancer, faisait absorber du calomel au début de son traitement. Il n'a obtenu ces résultats surprenants qu'avec la quinine seule. Cette action singulière serait bien distincte de la rétrocession des tumeurs par les sérums récemment signalée. Cette communication suscitera sans nul doute de nouveaux essais.

A. Benoit.

Sur la transplantation des tendons et ses succès dans le traitement des paralysies par Oscar Vulpius. (*XIIIe Congrès intern. des Sciences Méd.*, Paris 1900). — La transplantation des tendons a été répandue et appréciée dans ces dernières années seulement, bien que sa conception, le remplacement des muscles paralysés par des muscles sains, soit très claire, la technique pas trop difficile, le danger minime, le succès très engageant, l'occasion fréquente. Le nombre de 160 opérations, qui ont été faites dans la clinique de l'auteur, ainsi que la longue observation de ses malades l'encouragent à exposer brièvement sa technique, ses indications, et ses résultats certains.

Grâce à l'asepsie la plus rigoureuse — gants

et masque — l'auteur a obtenu une série de 130 transplantations sans aucune trace d'infection. Il préfère la méthode qu'il a appelée « descendante », il ne sacrifie aucun muscle, mais il met le bout périphérique du tendon sectionné, en connexion avec des muscles voisins. De cette manière il fait profiter les muscles paralysés, sans faire subir une perte égale aux muscles sains, qui doivent les remplacer.

Les *indications* les plus importantes sont : Les pertes traumatiques des muscles, de tendons et de nerfs, les paralysies spéciales et entre elles au premier rang, la paralysie infantile. Dans la paralysie partielle, l'opération est notamment indiquée ; dans la paralysie totale, il faut choisir entre l'opération des tendons et l'arthrodèse. La transplantation a enseigné que la paralysie totale est en vérité plus rare qu'on ne le croit. Mentionnons encore la paralysie infantile cérébrale, l'hémiplégie apoplectique et la raideur paraplégique, la maladie de Little. Passons aux *résultats* : Le succès doit être instantané en ce sens qu'à la fin de l'opération on doit avoir obtenu une position normale de l'articulation. Les 160 opérations faites par l'auteur lui ont montré, que cette amélioration de la position est permanente et qu'elle est suivie du retour de la motilité plus ou moins normale. Le succès augmente parfois d'une façon surprenante sous l'influence du traitement post-opératoire. Plus le terrain de la paralysie est circonscrit, plus les muscles sains et ayant une fonction semblable se trouvent rapprochées, plus on obtiendra un succès brillant. Dans les paralysies spasmodiques le succès consista non seulement dans la correction de l'attitude, mais on vit aussi disparaître le spasme. Enfin les résultats dépendent aussi de la localisation de la paralysie : le siège le plus favorable pour l'opération est la jambe, la cuisse l'est moins. La musculature de l'avant-bras offre plus de difficultés, quoique ayant déjà donné des résultats très satisfaisants. Les insuccès complets sont absolument rares, si le plan d'opération a été réalisé avec une technique irréprochable. Les récidives sont devenues beaucoup plus rares à mesure que l'expérience a augmenté, et dans ces cas, une seconde opération peut corriger la faute commise. En tout cas l'auteur croit être en droit d'indiquer la transplantation des tendons comme une heureuse découverte et de la recommander le plus chaleureusement possible. C'est grâce à l'impulsion qu'elle a donnée que l'auteur s'occupe avec beaucoup plus d'intérêt et beaucoup plus de succès du traitement des paralysies.

La combinaison raisonnée des différentes méthodes modernes peut mettre des milliers de pauvres paralysés dans une état assez satisfaisant pour leur donner une existence supportable.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

De la nutrition extra-buccale, par le Dr W. de Leure (XIIIe *Congr. internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — La nutrition extra-buccale peut être faite par le rectum et le derme.

Nutrition par le rectum. 1° *les albumines* les mieux appropriés sont *les préparations-peptones* (60 gr. sur 300 de liquide = lait, ensuite les *œufs crus* : (3 œufs + 3 grammes de sel de cuisine).

Employant ces substances comme ingrédients de lavements, il ne se produisit jamais dans l'urine des albumines ou des albuminoïdes.

Par contre, si on en faisait un emploi prolongé, il se produisait alors de la proctite, c'est pourquoi les lavements détersifs doivent toujours précéder les injections.

2° Les hydrates de carbone :

Le sucre, 15-20 grammes sur 300 grammes de liquide est à recommander.

L'amidon est encore plus avantageux, parce que la plus grande partie se transforme dans le rectum *graduellement* en sucre, et irrite moins l'intestin : comme dose on doit prescrire 50 gr. pour 100 grammes d'eau ou de lait.

3° *Les corps gras* sont impropres comme ingrédients des lavements alimentaires, parce qu'ils ne sont résorbés qu'en parties très minimes.

Les lavements de pancréas, composés de graisse (40) de viande (60) et de pancréas, se recommandent au même degré que ceux mentionnés plus haut.

Pour les lavements alimentaires, on emploie avantageusement 300 grammes de lait avec une valeur alimentaire de 150 calories.

Avec chacun de ces lavements on introduit dans le corps à peu près 300-450 calories.

Dans tous les cas on peut administrer deux fois par jour ces lavements alimentaires.

II. — *Nutrition sous-cutanée.* 1° D'après les expériences faites jusqu'à ce jour, les *peptones* et les *albuminoïdes* sont impropres comme éléments d'injections sous-cutanées ; de même les autres albumines.

2° *Quant aux hydrates de carbone* le sucre, comme ingrédient d'injections alimentaires sous-cutanées, n'est pas recommandable, parce que, en faibles solutions, il représente trop peu de

valeur alimentaire, tandis qu'en solutions plus fortes il irrite immanquablement le derme, produisant des douleurs et de la fièvre.

La dextrine, de même, est aussi peu utilisable parce qu'elle est expulsée avec l'urine, et non comburée. On peut plutôt s'attendre à quelques succès par les solutions de glycoses.

3° *Les corps gras* s'approprient admirablement aux injections sous-cutanées ; 50-100 grammes. Injectés lentement, ils produisent une tension du derme, mais dans tous les cas très faible.

III. — *Une combinaison de lavements alimentaires et d'infusions sous-cutanées de corps gras peut introduire dans le corps la quantité de calories nécessaire pour la conservation de son intégrité.*

Deux lavements à 550 calories = 1,100 calories; une infusion de corps gras = à peu près 930 calories ; donc, en tout, pour le moins 2,000 calories.

Dans un cas urgent, la quantité de corps gras injectée pourrait être augmentée de 100 et plus.

Espérons pour ceux dont la nutrition par les voies naturelles est impossible, que par les combinaisons des lavements alimentaires et les injections sous-cutanées de corps gras, la nutrition complète sera obtenue pour protéger l'organisme contre la mort par inanition, c'est-à-dire que la nutrition artificielle ne sera plus considérée comme impossible.

Diagnostic et traitement des tumeurs du pancréas, par le Dr Francis Villar (XIIIe *Congrès intern. des Sc. médicales*, Paris 1900). — Grâce aux travaux de ces dernières années, la chirurgie du pancréas est entrée dans une ère nouvelle. On a étudié avec soin cet ensemble de phénomènes désigné sous le nom de dyspepsie pancréatique ; la théorie du diabète pancréatique a donné lieu à de nombreuses discussions ; on a pu diagnostiquer et traiter des kystes et des tumeurs solides du pancréas.

Les publications sur ce sujet se sont pour ainsi dire précipitées ; il suffit de rappeler les noms de Le Dentu, J. Bœckel, Nimier, Senn, Hartmann, Biondi, Korte. L'auteur a lui-même exposé la question de la chirurgie du pancréas dans le Traité de Chirurgie clinique et opératoire de MM. Le Dentu et Delbet.

Les deux points intéressants ont trait au diagnostic et au traitement.

Le diagnostic des tumeurs du pancréas, point difficile au début, se simplifie à mesure que le néoplasme augmente de volume. Une zone de matité encadrée en haut par la sonorité stomacale et en bas par la sonorité colique, voilà le grand signe physique de l'existence d'une tumeur du pancréas ; l'insufflation de l'estomac augmente la zone de sonorité supérieure et diminue la zone de matité propre à la tumeur.

Dans des cas rares, la tumeur passant entre le foie et l'estomac n'est plus recouverte par la zone de sonorité supérieure.

D'autres signes viennent confirmer le diagnostic : diarrhée, vomissements graisseux, glycosurie, etc.

Un point qui mérite d'être mis en relief, c'est la tendance que l'on a eue jusqu'à présent à ne pas trop songer aux lésions du pancréas. C'est ainsi qu'un chirurgien, après avoir pratiqué une laparotomie pour contusion de la partie supérieure de l'abdomen, a pu laisser passer inaperçue une section transversale et totale de la glande pancréatique. De même, dans un cas d'occlusion intestinale, un autre opérateur n'a pas reconnu la cause de l'occlusion qui n'était autre qu'un cancer du pancréas.

Le traitement des tumeurs de cet organe varie suivant que l'on a affaire à une tumeur liquide ou solide.

Pour les kystes, l'idéal serait l'extirpation ; mais elle n'est pas toujours praticable et l'on est forcé d'avoir recours à la marsupialisation qui a donné de bons résultats. C'est cette méthode que l'auteur a mise en pratique il y a un an et avec succès, chez un malade dont le kyste, fort volumineux, adhérait largement à sa partie profonde.

Le traitement chirurgical des tumeurs solides peut être radical ou symptomatique.

L'on a déjà pratiqué l'extirpation d'un certain nombre de tumeurs solides du pancréas, et de ces interventions et des faits expérimentaux on peut tirer les conclusions suivantes : 1° des traumatismes sérieux du pancréas arrivent à guérir facilement ; 2° l'extirpation de la queue et d'une partie du corps n'est pas une intervention très sérieuse ; on peut extirper la tumeur de la tête, à la condition qu'elle soit très limitée.

Lorsqu'une intervention radicale n'est pas possible, on a la ressource d'obvier aux inconvénients de rétention biliaire et occlusion intestinale par des opérations palliatives telles que la gastro-entérostomie, la cholécystostomie et la cholédochostomie, la cholécystentérostomie et la cholédochoentérostomie ; la cholécystentérostomie est l'opération de choix dans les cas de rétention biliaire.

On a traité la fistule pancréatico-intestinale pour amener dans l'intestin le suc pancréatique retenu dans le canal de Wirsung comprimé et dilaté.

Iléotyphlite hypertrophique simulant une tumeur de la région iléocœcale. Ni néoplasme, ni tuberculose. Résection iléocæcale. Guérison, par le Dr Ed. Schwartz (XIIIe *Congr. Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'histoire des tumeurs de la région iléocæcale commence à être bien assise ; la tuberculose, les sarcomes, les cancers ont été bien décrits ; leur anatomie et histologie pathologique, leur traitement sont connus. La tumeur, ou pseudo-tumeur, dont l'auteur donne l'observation, lui a paru intéressante ; elle ne rentre pas dans le cadre de ce que l'on connaît ; il semble qu'il s'agisse d'une vraie typhlite, d'une inflammation non spécifique ayant provoqué une hypertrophie considérable des tuniques musculaires de l'intestin avec péritonite pseudo-membraneuse périphérique.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, qui vint trouver l'auteur pour une tumeur de la fosse iliaque droite. Elle a été opérée il y a deux ans (1898), par le Pr Tillaux, d'un kyste de l'ovaire gauche ; on lui aurait aussi enlevé l'ovaire droit.

Non réglée depuis, elle a vu apparaître depuis 18 mois une tumeur de la fosse iliaque droite, sans crises douloureuses très violentes ; coliques, sans phénomènes d'obstruction intestinale ; ventre libre, pas de constipation opiniâtre. Les crises douloureuses se renouvelant tous les mois, puis toutes les semaines, puis plus fréquemment, ne lui laissent plus de repos ; la tumeur augmente et avec elle les douleurs. L'auteur constate l'existence d'une grosseur du volume du poing existant dans la fosse iliaque droite, douloureuse à la pression, sans grande défense musculaire, unie, peu bosselée, sonore, mate en dedans. Elle siège au niveau du cæcum. La malade a beaucoup maigri, mais elle a conservé l'appétit ; ses fonctions digestives, tout en étant un peu troublées, ne le sont pas beaucoup. Se reportant à l'ovariotomie double qu'elle a subie, il pense à un néoplasme du cæcum, peut-être à une tuberculose, et propose une intervention qui est acceptée. Celle-ci est pratiquée le 10 mai 1900. La laparotomie latérale droite permet de découvrir une tumeur de la grosseur du poing, manifestement iléocæcale, très adhérente à la fosse iliaque droite. Elle est décortiquée, puis on procède à la résection classique de toute l'anse iléocæcale, enfin, à son anastomose latéro-latérale entre l'intestin grêle et le côlon ascendant. Drainage de la fosse iliaque droite et fermeture à 3 plans de la paroi. La malade a guéri de son intervention après avoir fait un abcès de la paroi au niveau du drain. Elle est actuellement en très bon état. L'examen de la tumeur fait par le Pr Cornil a montré qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de cancer, mais bien d'une typhlite, ou plutôt d'une iléotyphlite avec hypertrophie considérable de la tunique musculeuse de l'intestin. Il y a manifestement une inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Les lésions, ne rappellent en rien ni les néoplasmes, ni la tuberculose iléocæcale, si bien connue aujourd'hui.

Il s'agit en somme, au point de vue anatomo-pathologique, d'une lésion de nature inflammatoire pure, ayant simulé un néoplasme, mais n'en ayant aucun des caractères ; c'est une vraie iléotyphlite avec hypertrophie de la musculature intestinale. Au point de vue clinique, elle a eu la marche d'une néoplasie, beaucoup plus que celle d'une inflammation simple. Il est permis de se demander ce qui serait advenu si on n'eût pas fait la résection iléocæcale. Tout en n'en ayant pas trouvé, l'auteur pense que peut-être des faits analogues ont déjà été observés et il y aurait grand intérêt à les rassembler pour écrire un chapitre sur une variété de typhlite hypertrophique simulant les tumeurs de la région.

De la conduite à tenir dans la péritonite diffuse généralisée, par M. P. Delbet (*Gazette des hôpitaux*, 6 sept. 1900). — L'A. vient de se livrer à des investigations tant cliniques qu'expérimentales, qui semblent démontrer que le liquide d'une péritonite septique diffuse généralisée n'est ni *toxique*, ni *septique*. Tout d'abord, il relate l'observation de deux cas de péritonite d'origine appendiculaire, dans lesquels il s'est contenté d'enlever l'appendice et de drainer le ventre, en laissant couler au dehors l'excès du liquide louche qui remplissait le ventre, d'odeur pourtant infecte. La guérison est survenue dans l'un des cas et dans l'autre, la péritonite était guérie lorsque la malade succomba à un volvulus perforé dans la fosse iliaque droite. Ces faits sont la démonstration de l'inutilité des lavages, que tous les chirurgiens s'abstiennent depuis quelque temps de pratiquer en dehors de la purulence avérée des épanchements, quel que soit le contenu du péritoine. Car, selon M. Delbet, ce liquide est un des moyens de défense de l'organisme ; il est bactéricide.

En effet, il s'est livré à l'institut Pasteur, avec la collaboration de M. Borel, à des ensemencements de tubes préparés, les uns avec du bouillon de culture, les autres avec le liquide retiré du péritoine de ses malades. Or le staphylocoque virulent, aussi bien que le streptocoque ou le bactérium-coli n'ont végété que dans les bouillons et non dans la sérosité fétide du péritoine. De même, des cobayes ou des souris injectés n'ont éprouvé aucun symptôme d'empoisonnement, ce qui élimine l'idée de toxicité.

Cliniquement, l'auteur pense qu'il faut se borner à agir sur la lésion originelle de la péritonite, que ce soit un volvulus ou une appendicite, afin de prévenir l'absorption de nouvelles doses de microbes et de poisons, mais qu'il faut respecter le liquide péritonéal et ne laisser s'écouler que la quantité juste suffisante pour détendre le ventre.

Le fait expérimental que cet auteur nous apporte paraît, à première vue, présenter toute la rigueur scientifique désirable. Nous voudrions savoir pourtant si la sérosité péritonéale n'est pas, par le seul fait de son exposition à l'air après ouverture du ventre, modifiée complètement dans ses propriétés. Ceci expliquerait d'ailleurs l'amélioration éprouvée par les malades après l'opération, le drainage assurant l'écoulement lent de ce liquide et en débarrassant ainsi peu à peu l'organisme. L'influence favorable de l'entrée de l'air est admise par nombre de chirurgiens, en ce qui concerne la péritonite tuberculeuse. Et si les lavages du péritoine se sont montrés nuisibles, même pratiqués avec des antiseptiques faibles, c'est sans doute que les épithéliums délicats des organes abdominaux s'accomodent mal de ce courant liquide et perdent de leur pouvoir défensif. Ils absorbent plus facilement des doses même plus faibles de poisons persistants dans le ventre ou versés à nouveau dans le péritoine. En un mot, le but est dépassé. Nous pensons avec l'auteur qu'il est en effet irrationnel de comparer le ventre à une cavité anorganique.

La communication de M. Delbet appelle de nouvelles expériences de contrôle, en ce qui touche la nocivité réelle du liquide péritonéal non exposé à l'air.

A. Benoit.

Action purgative de l'extrait fluide de sorba aucuparia (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 7, 1900). — Kronpetjky a fait préparer par un pharmacien de Dorpat un extrait fluide des fruits de sorba aucuparia dans le but d'expérimenter son action thérapeutique.

Cet extrait se présentant sous forme d'un liquide rouge sombre à l'odeur agréable, à la saveur douceâtre, très légèrement amère, a été administré par Kronpetjky à des malades atteints de constipation dans toutes sortes d'affections et dans presque tous les cas on a obtenu le résultat désiré au bout d'un laps de temps plus ou moins variable. La dose de l'extrait a été différente suivant les cas (de XX gouttes à une cuillerée à soupe deux à trois fois par jour, deux heures environ après les repas). D'une façon générale la selle survient dix heures environ après la dose totale.

On n'a constaté aucun accident si léger qu'il fût. Cependant il faut noter que chez un étudiant dont les fonctions intestinales étaient parfaitement normales et qui a voulu expérimenter sur lui-même l'action de cet extrait, soixante gouttes prises en deux fois ont suffi pour exercer une action drastique; or, nous le répétons, chez les personnes atteintes de constipation, l'extrait en question n'a exercé qu'une action purgative.

L'auteur estime qu'on peut préconiser cet extrait comme un purgatif agréable, particulièrement dans les cas où l'on est obligé de recourir aux purgatifs souvent et même tous les jours. L'extrait sera tout indiqué dans la pratique infantile.

L'auteur croit pouvoir attribuer l'action purgative de cet extrait à la sorbine qu'il contient.

Dr Roubleff.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Du traitement rationnel et physiologique des pneumonies et broncho-pneumonies grippales, par M. Villard (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.* Paris 1900). — M. le Professeur Villard expose les excellents résultats obtenus par sa méthode personnelle de traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies grippales. Ses conclusions s'appuient sur plus de 300 observations prises dans son service de clinique médicale durant une période de trois ans. D'après l'auteur, il faut distinguer, dans l'évolution des localisations pulmonaires grippales deux stades successifs et distincts réclamant une thérapeutique différente.

A. — 1° Dans une première période, on observe une simple congestion pulmonaire grippale, préparant le terrain à l'infection secondaire par le pneumocoque, le streptocoque, le pneumobacille. Dans les formes bénignes de ce processus congestif et bronchitique, M. Villard associe l'ipéca à dose vomitive aux purgatifs salins. Il administre également l'ipéca à dose expectorante en potion. Ainsi se trouvent simultanément réalisées : l'antisepsie intestinale, l'antisepsie bronchique, l'anémie du poumon, 2° Dans les formes plus graves, à foyers congestifs étendus, à bronchite très intense ; dans la fluxion de poitrine, vraie polycongestion grippale, on obtient une action thérapeutique plus énergique en associant le vésicatoire à la médication précédente. Si l'état des reins interdit la révulsion canthari-

dienne, on doit recourir largement aux ventouses scarifiées, et même aux applications de sangsues chez les enfants et les sujets pusillanimes.

B. — A la période de pneumonie et de bronchopneumonie confirmées, la toxémie domine le tableau clinique et crée le danger immédiat. Elle se traduit par trois symptômes majeurs qui sont l'asthénie, le teint plombé, l'asphyxie capillaire. Ces trois signes, presque toujours précoces, sont d'une constatation précieuse. Existant toujours à la période d'état, ils peuvent apparaître au stade congestif initial, permettant alors avec la viscosité croissante des crachats, de prédire à coup sûr l'infection pulmonaire ultérieure. Dès qu'ils apparaissent, même en l'absence des phénomènes caractéristiques d'auscultation, il faut employer *exclusivement* la triade thérapeutique suivante : 1° la saignée ; 2° les injections sous-cutanées de sérum artificiel de Hayem ; 3° les enveloppements froids.

(*a*). La saignée est rarement contre-indiquée, même chez les personnes âgées. On soustrait d'habitude 200 à 300 grammes de sang. Si c'est nécessaire, ne pas craindre de la renouveler deux à trois fois chez les sujets vigoureux profondément intoxiqués. L'émission sanguine constitue une véritable émission toxique ; elle tonifie la fibre cardiaque par action mécanique et élimination toxique ; elle diminue l'asthénie, provoque la diurèse.

(*b*). Immédiatement après la saignée, injection de sérum égale à la quantité de sang soustraite. Dans la journee renouveler deux ou trois fois ces injections à dose moindre, 100 à 150 grammes chaque fois. Ces injections opèrent le lavage simultané du sang et du milieu interstitiel, provoquent une stimulation énergique et continue, éveillent la diurèse.

(*c*). Suivant la gravité des cas, on met en œuvre les enveloppements froids thoraciques ou le procédé du drap mouillé, pratiqués toutes les trois heures : abaissement thermique, effets eupnéiques, polyurie, en sont les résultats heureux presque immédiats.

(*d*). A la période aiguë cette triade thérapeutique doit être intégralement appliquée. A la période de résolution, surtout de résolution lente, dans les convalescences traînantes avec toxémie persistante, pratiquer seulement les injections de sérum. Celles-ci favorisent la résorption des exsudats, activent la phagocytose, préviennent les complications tardives telles que : abcès du poumon, gangrène, dilatation bronchique, polynévrites, appendicites.

(*e*). A la phase de pneumonie et de bronchopneumonie confirmées, en dehors des agents thérapeutiques indiqués simultanément à la triade, du fait des méiopragies antérieures (alcoolisme, cardiopathies, paludisme), les médicaments sont en général plus nuisibles qu'utiles.

(*f*). La méthode ci-dessus a donné de très remarquables résultats cet hiver à M. le professeur Villard qui, sur un total de 140 malades, n'a eu que 15 décès. Il y a lieu de croire que beaucoup de malades, à l'avenir, lui seront redevables de l'existence.

Traitement des anévrysmes d'après le procédé de Lancereaux. *Wratch* n° 21, 1900. — Goloubinine rapporte 8 cas d'anévrysme de l'aorte qu'il a soumis au traitement formulé par Lancereaux : injection d'une solution de gélatine à 2 0/0 dans du sérum physiologique.

On injecte du coup de 150 à 200 grammes. Parmi ces cas notons celui d'un malade chez qui l'anévrysme avait détruit le manche du sternum et les extrémités de la 2e et 3e côtes droites. La radioscopie a montré la présence d'une énorme tumeur dans la cage thoracique. Le malade se plaignait de fortes douleurs de poitrine. On lui a fait 15 injections de gélatine à 200 grammes chaque ; à la suite de chaque injection on a constaté une notable élévation de température (jusqu'à 39,50) mais cette élévation a été peu durable. A ce propos l'auteur passe en revue tous les cas d'anévrysme traités jusqu'à présent par le procédé de Lancereaux. Sur ces 50 cas on a constaté dans 19 (38 0/0) une notable amélioration. On ne peut pas considérer ce résultat comme mauvais étant donné que l'affection en question ne cède à aucun autre procédé thérapeutique. Mais d'un autre côté Goloubinine insiste sur ce fait qu'il est peu probable qu'on puisse avoir une opinion tant soit peu justifiée en se basant uniquement sur cette statistique. Il est à supposer que la manière de voir individuelle joue un rôle par trop considérable dans l'appréciation du résultat obtenu. Le procédé de Lancereaux tel qu'il est employé actuellement est encore peu justifié théoriquement et quant aux résultats ils sont encore bien vagues.

Cependant on ne saurait d'autant moins renoncer à ce procédé que, en attendant, nous ne possédons pas d'autres moyens thérapeutiques efficaces ; or, en tout cas les injections de gélatine ne peuvent pas être nuisibles.

Il est nécessaire, conclut l'auteur, de poursuivre activement les recherches expérimentales et les observations cliniques pour arriver à des résultats plus probants. Peut-être arrivera-t-on plus tard à trouver des indications à une application plus efficace de ce procédé.

Dr Roubleff.

Observations cliniques sur le traitement des anévrismes par la gélatine, en injections sous-cutanées par L. Goloubinine. (XIIIe *Congrès int.*

des sc. méd., (Paris 1900). — Il y a trois ans que M. Lancereaux inspiré par des expériences de MM. Dastre et Floresco, a commencé à faire usage des injections sous-cutanées de gélatine pour le traitement des anévrismes. Depuis ce temps les cliniciens des autres pays ; de l'Allemagne, de l'Amérique et de la Roumanie, etc., ont commencé à traiter d'après cette nouvelle méthode.

Les résultats obtenus dans les différents pays ne sont pas égaux ; les uns sont persuadés que la dite méthode est préférable à tous les moyens employés jusqu'à ce jour contre cette grave maladie. D'autres prétendent que les injections n'ont presque aucune influence sur la marche de la maladie.

Pendant les deux dernières années, l'auteur a eu l'occasion d'observer dans la clinique des maladies internes de la faculté de médecine de Moscou (directeur M. le professeur Cherwinsky), 8 malades atteints d'anévrisme de l'aorte qui furent traités par la gélatine conformément aux indications de l'auteur de la méthode. Malheureusement on n'a obtenu chez ces 8 malades aucun résultat satisfaisant, mais chez quelques-uns des patients une amélioration temporaire.

La méthode a besoin d'être soigneusement expérimentée pour arriver à une solution concluante. Peut-être parviendra-t-on alors à lutter contre une maladie rebelle à tous remèdes. Actuellement le medecin ne peut que calmer les symptômes, mais non guérir la maladie.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Les indications thérapeutique dans la métatarsalgie, par S. Péraire et F. Mally (*Travaux de Neurologie chirurgicale*, avril-juillet 1900). — Il existe deux formes de la métatarsalgie ou maladie de Morton. L'une est bénigne, les douleurs y sont intermittentes, souvent aux phénomènes locaux s'ajoute un état neurasthénique assez prononcé. Dans cette forme, les moyens orthopédiques et médicaux donnent de beaux résultats : il faut protéger le métatarse contre la réaction du pied pendant la marche. Les chaussures à semelles rigides et épaisses seront utilisés dans ce but. A ces moyens orthopédiques, on joindra le régime, le séjour aux eaux minérales, l'usage de l'iodure, l'électricité statique. Dans les formes graves, les douleurs se manifestent même au lit, le poids des couvertures lui-même est pénible. Le traitement médical est alors insuffisant et il faut avoir recours à une intervention chirurgicale. Morton enlève la phalange et la tête métatarsienne. Les auteurs ont recours à un autre procédé, ils enlèvent seulement la tête du métatarsien. Les résultats obtenus par ce dernier procédé ont été des plus remarquables; les guérisons se sont maintenues pendant plusieurs années. L'enlèvement de la phalange métatarsienne est, en effet, inutile, étant donné que la métatarsalgie est une ostéo-arthrite déformante portant presque exclusivement sur la tête du métatarsien.

P. Sainton.

L'élongation des nerfs dans la cure des troubles trophiques : mal perforant, ulcère variqueux etc., par Chipault. *XIIIe Congrès int. des Sc. M.* Paris 1900. — La technique type comprend deux temps : un d'élongation à pratiquer sur les nerfs allant au territoire dystrophié, près de celui-ci ; un de nettoyage local, par exemple, lors d'ulcération, son curetage, l'abrasion de ses bords et, si possible leur suture. Elle est supérieure aux variantes proposées : élongation lointaine, hersage, etc...

Les observations sont : a) expérimentales, 20, montrant l'évolution différente des lésions trophiques soumises ou non à l'élongation ; b) cliniques, 80, relatives à : maux perforants 56, de causes diverses : 51 guérisons dont 33 suivies des années. Nerfs élongés, d'ordinaire les plantaires. (Chipault, Chalais, Monod, Duplay, Labbé, Tuffier, Finet, Soulier, Vanverts, Mauclaire, Gérard-Marchant, Faure, Damalix, Paul Delbet, Navarro, Bardescu, Roncali, Acevedo). Ulcères variqueux, 14, anciens et rebelles : 12 guérisons durables, Nerfs élongés : d'ordinaire saphène interne et musculo-cutané (Chipault, Fougères, Bardescu, Paul Delbet, Navaro, de Buck). Affections diverses ; guérisons : 1 ulcère d'un moignon, 1 ulcère buccal tabétique, 1 varices douloureuses sans ulcère, 1 cal claviculaire retardé (Chipault), 1 ulcère gangréneux du pied (Jaboulay), 1 gangrène névritique du pied (Acevedo). Insuccès : 1 sclérodermie, 1 pied tabétique (Chipault) 2 maladies de Raynaud. A cette liste se joindront sans doute tôt ou tard les dermatoses trophiques, les grandes pertes de substance.

A retenir les faits montrant la localisation de l'action curatrice au domaine du nerf élongé (maux perforants multiples ou bilatéraux de Finet, Tuffier, Chipault; ulcère variqueux bilatéral de Delbet) ou l'intensité de cette action (maux perforants avec œdème trophique énorme, Navarro ; gangrène névritique de l'avant pied,

Acevedo ; ulcère variqueux circulaire, calleux, datant de dix ans, de Buck : guéris en quelques semaines).

En somme l'élongation des nerfs constitue dans les troubles trophiques, maux perforants, ulcères variqueux, etc., la thérapeutique la plus élégante et la plus durablement efficace.

Gangrène névritique des pieds. Élongation des tibiaux puis du saphène externe. Guérison, par Ottero Acerdo. *Travaux de neurologie chirurgicale*, avril-juillet 1900. — Le cas présente un très grand intérêt : il s'agit vraisemblablement d'une névrite hydragyrique au cours de laquelle se manifesta une gangrène des deux avant-pieds, plus étendue à gauche, avec nécrose osseuse; tous les traitement employés étant restés inefficaces l'auteur eut recours à l'élongation du tibial droit avec nettoyage des parties gangrénées et au besoin du tibial gauche. Une résection complémentaire d'os nécrosé fut nécessaire. Deux mois et demi après, le pied droit se cicatrisa. Mais une ulcération se forma au niveau du talon gauche ; on eut alors recours à l'élongation du saphène externe. La gravité exceptionnelle de la névrite du côté gauche paraît due à l'existence de varices antérieures. Un point important à mettre en relief est que l'influence de l'intervention nerveuse paraît évidente : mais ici le hersage pratiqué du côté gauche s'est montré inférieur a l'élongation faite du côté droit. Il est important de rappeler que pour que l'élongation ait tout son effet, il est necessaire que la plaie cutanée soit désinfectée avec le plus grand soin.

P. Sainton.

Deux cas d'ulcère variqueux tratés avec succès par la méthode de Chipault, par de Buck et O. Van der Linden, *Travaux de neurologie chirurgicale*, avril-juillet 1900. — L'existence d'une altération du système trophique dans les varices et les ulcères variqueux ne saurait être niée. Chipault a eu le grand mérite de se livrer à des interventions agissant sur les nerfs. Dans les deux cas dont il s'agit, le premier fut traité par l'élongation, le second par la dissociation fasciculaire que préfère Delbet, La guérison fut obtenue très rapidement quoique les lésions fussent très étendues.

P. Sainton.

Ophtalmologie

Dr Kopff

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

De l'emploi de l'extrait de capsules surrénales dans la chirurgie ophtalmologique, par le D. Garcia Mausilla (*Revista de medicina Cirugia practica*, 7 juin 1900). Depuis quelques années nous connaissons l'action hémostatique de l'extrait de capsules surrénales. Il suffit d'instiller deux ou trois gouttes dans la conjonctive enflammée pour que, au bout de peu de minutes, elle devienne pâle, se décongestionne et que ses sécrétions diminuent. Si, immédiatement après, on instille de la cocaïne, l'effet anesthésique est complet, ce qu'on n'obtient pas quand les yeux sont enflammés ou glaucomateux. De la même manière, si après l'instillation de l'extrait de capsules surrénales, on instille de l'atropine, on obtient une mydriase maxima et si c'est l'ésérine un myosis considérable.

Si ce produit organique n'a aucune action curative sur les maladies oculaires, il est en revanche, un puissant auxiliaire favorisant l'action des médicaments ; son utilité est incontestable.

F. Berini.

Extraction simple de la cataracte sénile par kératotomie latérale externe et sutures de la cornée, par le Dr A. Bourgeois, de Reims. (*XIIIe Cong. int. des Sc. Médicales*, Paris 2-9 août 1900). — Cette méthode n'est pas destinée à se substituer aux procédés actuels. Elle a pour but de permettre d'opérer avec sécurité les sujets difficiles, chez lesquels il y aurait impossibilité ou danger à appliquer l'extraction simple habituelle.

Pour pénétrer latéralement dans la cornée, le moyen le plus simple consiste à faire deux sections, séparées par un pont. Le seul instrument auquel on puisse avoir recours est la *broad needle*, ou couteau lancéolaire coudé, étroit, très pointu et coupant sur ses deux tranchants. On peut accoupler par leurs manches, deux couteaux semblables, les manches arrivant à se séparer facilement après la pénétration des lames dans la chambre antérieure. Ou bien on peut faire rapidement, avec une seule *broad needle*, de parfaite qualité, les deux ponctions cornéennes l'une après l'autre.

Les autres instruments sont empruntés à l'arsenal usuel.

Après avoir pris les précautions antiseptiques voulues et bien cocaïné l'œil, un écarteur externe est mis en place, tandis que la pince à fixer, confiée à l'assistant, tient l'œil du côté interne. Le chirurgien, à gauche du malade pour l'œil gauche, à sa tête pour l'œil droit, présente les deux pointes du double couteau lancéolaire au niveau du méridien horizontal de la cornée; puis la lame supérieure est conduite le long du limbe cornéen qu'elle sectionne; ensuite la lame inférieure chemine de la même façon, pour faire la section inférieure; il reste un pont de cornée, entre les deux sections, qui embrassent ainsi le tiers externe du limbe cornéen.

On place alors deux sutures, l'inférieure la première, la supérieure ensuite, en traversant la lèvre cornéenne de la section, pour passer après cela le fil dans la lèvre scléro-conjonctivale, en laissant flotter une anse de fil en bas et en haut. Cela fait, on sectionne le pont de cornée avec un couteau mousse coudé, le tranchant dirigé vers le haut.

On procède à l'extraction comme pour toute opération de cataracte, l'extraction se faisant par le côté externe, soit par le mode de pression habituel, soit qu'il y ait lieu d'intervenir avec la curette.

Il ne reste plus après cela qu'à serrer les fils de sutures, ce qui se fait en tirant du côté du chef conjonctival, et non du côté du chef cornéen.

Les suites opératoires sont très simples. On enlève les fils le cinquième ou le sixième jour, ne les coupant du côté de la cornée avec des ciseaux courbes pointus.

L'indication du procédé pourra se rencontrer dans les circonstances suivantes : 1° chez les sujets indociles; 2° lorsqu'il y aura saillie du globe oculaire ou excès de tension, pouvant faire craindre une perte de vitré; 3° chez les individus totalement sourds; 4° en cas de petite fente palpébrale; 5° pour les cataractes régressives, dans lesquelles la zonule paraîtrait susceptible de se rompre; 6° pour les cristallins en subluxation atteints de cataracte.

Des expériences faites, il semble ressortir que si l'on veut, dans l'avenir, appliquer facilement des sutures cornéennes et tenter l'extraction capsulo-lenticulaire, il sera peut-être préférable de s'adresser à la voie latérale externe.

Extirpation des tumeurs du nerf optique avec conservation du globe de l'œil, par la résection temporaire de la paroi orbitaire externe, par le Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest). (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — La conservation du globe oculaire présente un double avantage au point de vue esthétique quand le globe conserve son intégrité ; pour favoriser le prothèse quand celui-ci s'atrophie, car il facilite l'application d'un œil artificiel. Les procédés transconjonctivaux (Knepp, Lagrange) sont insuffisants (Raineri, Vacher, Parent).

L'opération de Kroenlein, résection temporaire de la paroi orbitaire externe, permet seule l'énucléation totale de la tumeur et la conservation du globe oculaire. Ce dernier procédé a été employé dans cinq cas de tumeur primitive de nerf optique ; deux cas de Braunschweig, un de Schreiber et les deux personnels qui font l'objet de cette communication.

Le procédé employé par l'auteur, peut être résumé ainsi ;

1° Dissection d'un lambeau cutané en fer à cheval à convexité antérieure ; celle-ci embrasse toute l'étendue du rebord orbitaire externe et est éloignée de 1cm. de la commissure palpébrale externe, la base du lambeau est en arrière dans la fosse temporale ;

2° Section et libération du lambeau ostéo-musculaire ; comprenant la paroi orbitaire externe et le muscle temporal qui s'y insère :

3° Exploration de la cavité orbitaire, dénudation, libération et extirpation de la tumeur après section à ses deux pôles du nerf optique ; ce temps s'exécute sans section musculaire ni hémorragie ;

4° Reconstitution de l'orbite : Le lambeau ostéo-musculaire est fixé par deux points périostiques un à chacune des extrémités, au catgut n° 0 ; pas de suture osseuse ni aponévrotique ;

5° Suture du lambeau cutané ; Suture intradermique au catgut 00, sans drainage.

La consolidation osseuse se fait rapidement et parfaitement. Si une légère hémorragie demande un drainage, il est préférable par le cul-de-sac conjonctival inférieur et non par la plaie opératoire.

Dans le premier cas : jeune fille de 15 ans, exorbitisme énorme de l'œil droit depuis 8 ans, avec luxation presque complète du bulbe et de la glande lacrymale; opérée le 26 septembre 1898 conservation parfaite de l'œil depuis près de 2 ans. La tumeur encapsulée de la dimension d'une noix est un fibrôme avec dégénérescence colloïde ayant complètement détruit le nerf optique dans toute la portion incluse dans la tumeur.

Dans le deuxième cas, fillette de 5 ans : douleurs, perte de la vue et exhorbitisme de l'œil droit depuis un an; luxation très prononcée du bulbe : opérée le 16 février 1900 ; conservation parfaite de l'œil depuis 5 mois. La tumeur,

encapsulée, de la dimension d'une petite noix, est un myxome du nerf optique.

Conclusion : Les tumeurs primitives du nerf optique sont rares. La conservation du globe oculaire doit être toujours tentée dans l'extirpation de ces tumeurs, soit pour l'esthétique, soit pour favoriser la prothèse. Les procédés transconjonctivaux doivent être abandonnés, la conservation de l'œil étant souvent impossible par ces méthodes. La résection temporaire de la paroi orbitaire externe est excellente, car par la voie d'accès dans l'orbite qu'elle procure, elle permet l'extirpation total de la tumeur, elle écarte toute blessure des organes rétrobulbaires, et permet toujours la conservation parfaite du globe ; la reconstitution de l'orbite est parfaite après l'opération. L'œil conservé, garde presque toujours son intégrité et est toujours préférable à l'œil artificiel.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Hypertrophie de l'oreille gauche. Réduction par opération. — Sur la réduction de volume du nez par opération par le Dr Jacques JOSEPH (de Berlin) (XIIIe *Congr. int. de Médecine* Paris, 2-9 août 1900). — Dès le 31 octobre 1891, M. le Dr J. Joseph rapportait à la Société de Médecine de Berlin le premier cas de réduction de l'oreille par l'opération, communément appelée : *l'opération des oreilles d'âne.*

Depuis, le Dr J. Joseph a procédé à toute une série d'autres réductions d'oreilles par opération, et entre autres, il mentionne un cas particulièrement intéressant :

« Un serrurier, aujourd'hui âgé de trente-huit ans, était possesseur, il y a deux ans, de deux oreilles différentes : la droite était normale, la gauche presque deux fois plus grande. Cette dernière, dès la naissance, était déjà plus grande que l'oreille droite ; mais l'époque de sa plus forte croissance fut entre l'âge de vingt à vingt-six ans. M. le Dr J. Joseph le présenta le 26 janvier 1898 à la Société de Médecine de Berlin, la veille de l'opération, en considération de l'intérêt tératologique de ce cas. Il y a à peu près deux ans, sur le désir de cet homme, qui, à cause de cette difformité, était constamment la risée de tout le monde, le Dr J. Joseph lui réduisit l'oreille gauche, au point qu'elle devint aussi normale que la droite, conservant, malgré l'opération, dans ce cas assez radical, sa forme absolument naturelle. »

L'opération a été exécutée de la manière suivante :

Comme dans les autres cas de réduction d'oreilles par opération, le Dr J. Joseph fit d'abord une excision cunéiforme, il est vrai assez grande, et plus grande dans la moitié supérieure de la conque de l'oreille que dans l'inférieure ; une autre excision cunéiforme du lobule, également très agrandi. Pour éviter que l'oreille ne devînt trop large le Dr J. Joseph excisa des bords de la plaie de la conque deux nouveaux morceaux cunéiformes d'en haut et d'en bas.

Ensuite, il réunit par la suture les bords de la plaie, et après, l'oreille entière, par l'écartement d'un morceau de la peau du sillon de la conque de l'oreille et le cuir chevelu ; enfin, il procéda à la réunion des bords de la plaie et les adapta exactement à la tête comme l'oreille droite.

Les cicatrices sont à peine visibles et le patient se trouvait très heureux du succès de l'opération.

M. le Dr J. J. rapporte encore huit cas de réductions de volume du nez par opération qu'il a exécutées depuis deux ans et demi, réductions opérées sur des nez parfaitement sains, mais qui, par leur taille et leur forme, portaient un très grand préjudice et occasionnaient de grands chagrins à leurs possesseurs.

Le premier cas, déjà communiqué le 11 mai 1898, à la Société de Médecine de Berlin, se rapportait à un malade de vingt-huit ans, dont le nez était trop long, et surtout trop saillant ; au surplus, il se trouvait chargé d'une tubercule (bosse). Le nez, à la suite de l'opération décrite avec tous les détails, est normal, saillant sur la figure, d'une façon normale, devenu finalement droit ; les narines aussi, qui étaient avant l'opération très grandes, sont aujourd'hui de grandeur normale.

Un deuxième patient possédait un nez, dont la moitié inférieure ressemblait d'une façon extraordinaire à un bec de canard. Un troisième cas est celui d'une jeune femme, très jolie, du reste, mais dont le nez dans sa moitié inférieure avait grossi en forme de massue. Les ailes du nez par rapport à la largeur du profil du nez, étaient trop petites.

Le quatrième malade avait, sur la pointe du nez, une espèce de saillie rappelant une pomme de terre.

Le cinquième était possesseur, d'un nez très droit, il est vrai, mais trop saillant et pointu, soit un nez de polichinelle.

Le sixième et septième cas se rapportent à une dame de trente ans et à un médecin, qui, tous les deux, avaient des nez trop longs et en même temps, chargés d'une bosse. Le nez du huitième patient se distinguait par son énorme volume, par sa vilaine forme.

Tous ces patients, à cause de la difformité de leur nez, se sentaient très malheureux.

La guérison s'est faite d'une façon régulière, sans troubles, et les cicatrices linéaires sont à peine visibles.

Traitement de certaines malformations du nez, par le Dr J. Baratoux (*XIIIe Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Les déformations du nez sont dues généralement à un arrêt de développement de la crête du nez, donnant lieu habituellement au nez ensellé ou au nez retroussé, ou bien a un traumatisme ou à une destruction des parties cartilagineuses ou osseuses consécutives à la syphilis, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la variole, etc., ou à des hypertrophies, ou à des tumeurs.

Les cas sont plus rares de déformations dues à un développement exagéré de la cloison sans déviation de celle-ci.

L'auteur eu l'occasion de voir une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, qui présentait un développement du nez en bec de perroquet, partant de la bosse nasale pour venir se terminer à la sous-cloison. Ce nez avait encore cette singularité qu'au dire de la malade il s'allongeait et que le bout du nez descendait pour former une boule se rapprochant de la lèvre supérieure, en dépassant de beaucoup le niveau de la sous-cloison.

L'auteur incisa tout d'abord la muqueuse au niveau de la sous-cloison, dans la narine gauche, en décollant le cartilage de manière à conserver intacte la muqueuse de la fosse nasale droite, puis il réséqua un morceau triangulaire de la partie inférieure du cartilage de la cloison (sa base étant tournée vers le lobule).

Il incisa ensuite la muqueuse des fosses nasales, depuis la partie médiane des os du nez jusqu'à un demi-centimètre de la pointe du nez; il décolla la muqueuse de la cloison de la fosse nasale droite. Après section du cartilage au moyen de ciseaux et de la pince coupante de Asch, et après abrasion de la partie antérieure des os du nez trop saillants, il sutura en deux points la muquuse à la partie interne de la paroi du dos du nez. Tamponnement des deux fosses nasales, en laissant deux tubes à la partie inférieure pour faciliter la respiration, puis application d'un moule composé de bandes agglutinées au collodion en relevant fortement la pointe du nez pour attirer la peau vers le front.

Huit jours après, enlèvement du pansement. Le nez a pris une forme régulière.

Massage dans la rhinite hypertrophique chronique (*Thérapeutique moderne russe*, n°s 4 et 5, 1900). — Stern rapporte trois cas de rhinite hypertrophique chronique où il a employé avec succès le massage local, après que tous les autres procédés eurent échoué ou donné une amélioration passagère. Le massage a été pratiqué à l'aide d'un cathéter auriculaire en caoutchouc durci tous les jours pendant deux ou trois minutes.

Un cathéter dont le numéro correspond bien entendu à la largeur des voies nasales est introduit dans le nez exactement de la même façon que dans les cas où l'on fait des insufflations dans l'oreille moyenne, on cherche à ne pas toucher à la paroi postérieure de l'arrière-gorge et l'on pratique 60 à 80 fois des frictions douces, Le procédé comme on le voit est des plus simples.

Parfois on a eu recours aussi au massage vibratoire.

J. Roubleff.

Traitement de la rhinite fibrineuse (*Therap. Monatshefte*, spetembre 1900). — On sait que Fraenkel a désigné sous ce nom, en 1882, une affection s'attaquant presque exclusivement à l'enfance, caractérisée par la présence d'un exsudat fibrineux sur la muqueuse nasale. L'ablation de l'exsudat provoque facilement des hémorragies. Il ne faudrait pas confondre cette affection avec la diphtérie des fosses nasales qui s'accompagne de fièvre marquée et dont les sécrétions purulentes s'écoulent abondamment et viennent irriter la lèvre supérieure des malades.

Dans douze cas de rhinite fibrineuse, l'auteur a employé avec un succès constant et rapide une solution de cyanure de mercure à 4 0/00 dont on imbibe les bourdonnets d'ouate qu'on introduit pendant une heure dans chaque narine alternativement : on continue ainsi toute la journée; à la nuit on se contente de tamponner une seule narine. Au bout de peu de temps, les fausses membranes se détachent d'elles-mêmes et la guérison sans récidive s'obtient rapidement.

E. Vogt.

Traitement des symptômes de Ménière, par Pritschard (XIIIe *Congres internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Quand les symptômes de Ménière sont produits par le cérumen ou un corps étran-

ger, on doit retirer ces derniers; si le vertige persiste on devra employer un bromure ou de l'acide bromhydrique. Quand les symptômes sont produits par l'extension de l'inflammation de l'oreille moyenne. les vésicatoires, les sangsues et parfois une incision de Wilde, sont des moyens d'une grande valeur, de même que le traitement habituel de l'otite moyenne. Quand ils surviennent dans le cours du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, le traitement est celui du catarrhe lui-même. Dans les lésions intracraniennes, les symptôme de Ménière sont d'une importance secondaire si on les compare à la gravité de la lésion elle-même; mais les bromures et l'acide bromhydrique peuvent être employés comme palliatifs.

Traitement de la maladie de Ménière proprement dite. — 1° *Forme apoplectique :* Rester au lit, vésicatoires, fortes doses de bromure ou d'acide bromhydrique. Dans quelques cas, l'emploi des vésicatoires rendra l'ouïe, et dans d'autres cas favorables on peut essayer le pilocarpine pour le même but quand l'attaque est passée; mais dans la plupart des cas il y a généralement peu de chose à faire.

2° *Forme épileptique* : Quoique beaucoup de médecins disent qu'il y ait également peu de chose à faire dans ce cas, l'expérience de l'auteur lui a prouvé qu'un traitement est d'une grande utilité. Un grand nombre de cas se sont arrêtés ou améliorés en administrant de fortes doses de bromure ou, mieux encore, des doses de 3 à 4 grammes d'une solution d'acide bromhydrique (*Pharmac. britannique*).

Dans un plus petit nombre de cas les mêmes résultats peuvent être obtenus avec des doses de 0 gr. 70 de salicylate de soude.

L'auteur n'a obtenu aucun bon résultat en donnant de fortes doses de quinine, mais de petites doses de quinine, de fer et de strychnine, prises comme toniques, sont souvent très bonnes. Dans les cas plus ou moins rares qui sont associés avec le catarrhe de l'oreille moyenne, le traitement de l'oreille moyenne est de la plus grande utilité. Mais il ne faut pas employer sans avoir bien jugé le cas, la sonde ou la méthode de Politzer, qui peuvent faire vraiment du mal dans quelques cas, quand l'hypéresthésie du nerf existe.

De temps en temps, l'action d'un vésicatoire améliorera l'ouïe et diminuera le bourdonnement. Le traitement à la pilocarpine est rarement à conseiller.

Depuis le cas récent de M. Ch. Balance, dans lequel cet auteur ouvrit le vestibule et le couvrit d'une peau greffée, ce qui produisit le rétablissement de l'ouïe et l'arrêt complet du vertige, il y a lieu d'espérer que quelque procédé analogue et efficace deviendra sous peu une heureuse méthode de traitement.

Note sur un procédé de curetage de l'attique et d'ablation des osselets, par Louis Vacher, d'Orléans, (*XIIIe Congrès internat. des Sc. Med.*, Paris 1900). —Pour enlever les osselets et cureter l'attique on emploie d'ordinaire la voie du conduit membraneux, lorsque sa largeur le permet, ou le décollement du pavillon et du conduit, qui sont remis en place et suturés immédiatement après. Ce dernier procédé est une opération d'une réelle importance. L'auteur se sert d'un procédé qui permet d'atteindre le même but sans détacher le pavillon, qui a toujours donné de bons résultats pour l'ablation des osselets, le curetage de l'attique, l'opération de Stake, proprement dite. Il consiste à détacher et à ramener au dehors la moitié supérieure du conduit membraneux, au moyen de deux incisions horizontales, l'une postérieure, l'autre antérieure, partant du fond du conduit. Elles doivent intéresser toute l'épaisseur des tissus depuis le tympan jusqu'au pavillon. Les incisions faites, on détache la moitié supérieure du conduit avec une petite spatule mousse, en ayant soin de le ménager beaucoup, et de se servir d'un bon éclairage électrique frontal. Cette moitié supérieure décollée est ramenée au dehors avec une pince à griffes, puis avec une rugine mousse on écarta en haut et en dehors ce lambeau et le périoste de manière à avoir sous les yeux plus de la moitié osseuse de l'entrée du conduit. Cette ouverture est suffisante pour l'ablation des osselets, le curetage de l'attique après avoir fait sauter le mur de la logette avec la gouge courbe de Stacke. On peut même enlever toute la paroi supérieure du conduit et le quart supérieure de sa paroi externe. On obtient ainsi une large cavité qui permet de cureter l'aditus ad antrum, et dont les résultats sont bien préférables au curetage par le conduit sans décollement du pavillon. L'opération terminée, la partie supérieure du conduit est remise en place et maintenue fortement accollée à la paroi supéro-externe par une étroite bande de gaze iodoformée, pour éviter l'atrésie ultérieure du conduit. Si le décollement du lambeau est difficile, ou s'il est trop détérioré, il vaut mieux le réséquer et faire le pansement comme dans la trépanation de l'antre. Cette modification au procédé du décollement du pavillon, est plus facile, plus rapide et elle donne des résultats aussi satisfaisants.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

De l'électricité dans les affections cutanées, par le Dr FOVEAU DE COURMELLES (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Toutes les formes électriques trouvent leur application en dermatologie, depuis les nouvelles modalités comme la lumière électrique, l'effluve de haute fréquence, les rayons X, comme les anciennes, électricité statique, courants continus et induits.

Les courants continus, sous forme d'*électrolyse positive* avec aiguilles multiples enfoncées en la peau ou la tumeur, est le traitement de choix pour les *nævi vasculaires* ou les *angiomes* extérieurs. L'implantation perpendiculaire est préférable à la transfixion longitudinale. L'insensibilisation doit se faire par les chlorures de méthyle ou d'éthyle plutôt que par les injections sous-cutanées, qui laissent souvent des traces ou des cicatrices. La durée du traitement varie avec l'étendue et l'âge de la lésion. Les *nævi pigmentaires*, souvent accompagnés d'*hypertrichose*, sont plus longs à traiter et se trouvent mieux de l'*électrolyse négative* voire de l'*électrolyse bi-polaire*.

Avec adjonction médicamenteuse, *bi-électrolyse*, en bains locaux, les courants continus améliorent certains psoriasis, mais les *effluves statiques et de haute fréquence*, agissent plus vite.

La *lumière électrique* compte maintenant un certain nombre de succès contre le *lupus*. L'auteur a employé deux fois les rayons X, une fois sans résultat, dans un cas où la tuberculose pulmonaire et la syphilis évoluaient avec l'affection cutanée du visage, et une autre fois avec plein succès, pour un lupus étendu de la face, chez un individu sain, sauf cette lésion. Ce patient de trente-deux ans, avait vu, en quatre ans, sa manifestation cutanée détruire la cloison nasale, prendre le nez, les joues, le tour des yeux.., et cela, malgré les traitements les plus variés des médecins les plus autorisés, médications spécifiques, — que rien ne justifiait en l'espèce — ou autres. En 140 séances d'une demi-heure, la guérison fut parfaite. La dermatite du début fut supprimée ensuite par une plaque d'aluminium reliée au sol et interposée entre le patient et le tube de Crookes.

Contribution à l'étude du traitement local de la syphilis ulcéreuse (*Therap. Monatshefte*, septembre 1900). — MULLER étudie plus spécialement les formes rebelles au traitement spécifique et nécessitant un traitement local. Deux cas peuvent se présenter : 1° la syphilis précoce maligne; 2° la syphilis localisée rebelle (psoriasis palmaire, syphilides à petites papules, certaines gommes ulcérées) : l'auteur n'a en vue que cette seconde catégorie de manifestations syphilitiques.

Dans deux cas de syphilis ulcéreuse, l'auteur a utilisé avec succès la méthode des grands lavages au permanganate de potasse, préconisée par Balzer. Une solution à 45° de permanganate de potasse à 1 0/00, placée dans un bock accroché à 50 cm. de hauteur fut employée pour les irrigations : comme canule, on choisit un irrigateur vaginal en verre avec cinq petites ouvertures. Chaque séance (une par jour) durait une heure, jusqu'à ce que le développement de granulations de bonne nature permît de diminuer la durée des séances. Dès les premières séances, les ulcères commencent à se déterger : dans les deux cas observés, la guérison fut obtenue en cinq semaines environ, sans traitement interne concomitant.

E. Voer.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Valeur thérapeutique de l'hypnose dans la pratique obstétricale (*Wrätch.*, n° 23, 1900). — MATVESEFF a eu recours à l'hypnotisme dans la pratique obstétricale dans 21 cas et en se basant sur ces observations il arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° On arrive dans la majorité des cas à déterminer le sommeil hypnotique avec des phénomènes de catalepsie chez les femmes enceintes;

2° Les douleurs de la dilatation disparaissent le plus souvent sous l'influence de l'hypnose;

3° Les douleurs de l'expulsion, tantôt persistent, tantôt — ce qui est plus fréquent — disparaissent complètement sous l'influence de l'hypnose;

4° Les contractions utérines se font plus intenses et plus régulières;

5° Un grand nombre d'accidents survenant

au cours de la grossesse (vomissements, douleurs, etc.), disparaissent;

6° Malgré l'opinion formulée par Charcot, on peut arriver facilement à plonger dans le sommeil hypnotique des femmes parfaitement saines, ne présentant aucun stigmate d'hystérie;

7° La suppression plus ou moins complète des douleurs pendant l'accouchement dépend, non pas du degré du sommeil hypnotique, mais du degré de la suggestibilité de la perturiente;

8° On n'a constaté aucune conséquence fâcheuse, ni pour l'enfant, ni pour la mère:

9° Dans les cas où l'on arrive pas à endormir la parturiente, à cause de trop fortes douleurs, une petite quantité de chloroforme suffit, en continuant la suggestion, pour obtenir un sommeil profond avec des phénomènes de catalepsie.

D. Roubleff.

Conduite à tenir dans la grossesse et l'accouchement compliqués de fibromyomes de l'utérus (*Thérapeutique Moderne Russe*, 1900, n° 6). — Podebinski décrit un cas d'accouchement compliqué d'un fibromyome intraligamentaire remplissant tout le petit bassin et s'opposant à la terminaison physiologique de l'accouchement. Pour sauver l'enfant l'auteur a eu recours à l'opération césarienne conservatrice; et pendant cette opération il a procédé à l'extraction de la tumeur. L'opération a réussi aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

A propos de ce cas l'auteur examine la question du traitement dans la grossesse et l'accouchement compliqués de fibromyome et il arrive à ce sujet aux conclusions suivantes:

1° Pendant la grossesse, le meilleur moyen de traitement consiste à pratiquer la myomectomie conservatrice par la voie vaginale ou par la voie abdominale, laissant la grossesse poursuivre son cours;

2° S'il est impossible d'enlever la tumeur seule, alors il est indiqué d'enlever l'utérus gravide en même temps que le fibromyome (pendant l'accouchement, l'extraction doit être faite par la voie vaginale);

3° Dans les fibromyomes mobiles à pédicule et descendant dans le petit bassin, on arrive parfois à repousser la tumeur dans le ventre (la parturiente étant endormie bien entendu) et supprimer ainsi tout obstacle à l'accouchement;

4° Dans les cas où l'extraction de la tumeur par la voie vaginale est impossible et qu'on n'arrive pas à la repousser dans le grand bassin, le mieux c'est de pratiquer l'opération césarienne conservatrice, en enlevant chemin faisant le fibromyome.

D. Roubleff.

La naphtaline dans les endométrites postpuerpérales (*Thérapeutique Moderne Russe*, n°s 7 et 5, 1900). — Kirsner publie un travail très important sur l'action de la naphtaline dans les endométrites post-puerpérales. Jusqu'à présent, on a eu l'occasion d'observer d'excellents résultats avec la naphtaline dans la pratique chirurgicale. Agissant comme l'iodoforme au moment de la décomposition sous l'action des tissus organiques, la naphtaline présente cet avantage sur l'iodoforme, qu'elle exerce une action bien plus énergique et que — avantage inappréciable — elle est privée complètement des propriétés toxiques. Elle présente cependant cet inconvénient, qu'elle détermine une irritation assez considérable et provoque la formation de granulations sanguinolentes, mais il faut ajouter que cette action de la naphtaline s'exerce sur des plaies et non pas dans l'utérus. C'est donc en se basant sur les excellents résultats donnés par la naphtaline dans la pratique chirurgicale, que Kirsner a eu l'idée de s'en servir dans la pratique obstétricale.

Disons tout d'abord que dans un grand nombre de cas où il y a élévation de température postpuerpérale, l'auteur pratique la méthode d'expectation, évitant même des lavages vaginaux, se bornant à l'application externe de la glace, de l'ichthyol, etc., car il s'est convaincu que l'affection postpuerpérale évolue d'autant plus rapidement qu'il y a moins d'intervention active.

Si cependant l'affection prend une tournure assez grave, si tous les symptômes de l'endométrite postpuerpérale deviennent manifestes, alors Kirsner a recours au traitement par la naphtaline — et voici comment il procède:

La naphtaline est introduite dans l'utérus sur des bandes de gaze de largeurs différentes suivant les cas. Ces tamponnements ont pour but de venir en contact aussi étroitement que possible avec la surface interne de l'utérus; en outre, ces tampons constituent un drainage capillaire pour les sécrétions de la cavité utérine.

Pour faire ces tamponnements, Kirsner prend une bande de gaze iodoformée (à 3 0/0), la trempe dans une solution d'ichtyol glycérinée (1-8), l'éponge modérément et la saupoudre abondamment sur toute sa longueur avec de la naphtaline finement pulvérisée La longueur de cette bande est d'environ 6 mètres. Le tampon ainsi préparé, Kirsner place la malade sur la table à spéculum, lave soigneusement la vulve et le vagin, puis mettant le col à nu, il nettoie le canal cervical avec une solution de glycérine phéniquée au tiers et cherche à débarrasser l'utérus des sécrétions qu'il contient. On y arrive soit en comprimant simplement l'utérus, soit en introduisant dans la cavité utérine

petits tampons d'ouate, soit enfin par le curettage dans les cas où il y a eu rétention des débris de l'œuf après avortement ou fausse couche suivie de suppuration. Quant aux lavages de l'utérus, l'auteur les évite le plus possible. La cavité utérine nettoyée, la bande de gaze saupoudrée abondamment de naphtaline est introduite à l'aide d'une sonde ou d'une pince. Les régions supérieures de l'utérus sont tamponnées de la façon la plus compacte : au fur et à mesure qu'on s'approche du col, le tamponnement est moins en moins dense, enfin, le canal cervical n'est pas tamponné du tout. On coupe la bande au niveau de l'orifice externe du col; quant au vagin, il est tamponné à la gaze iodoformée sèche.

Ceci fait, on remet la malade dans son lit, on lui administre de l'ergotine à l'intérieur et l'on lui applique de la glace sur le ventre. Au bout d'un laps de temps variant de six à douze heures, le tampon est enlevé.

Résultat : déjà deux ou trois heures après qu'on enlève ce tampon, la température tombe généralement, les sécrétions changent de caractère, l'odeur disparaît et, petit à petit, l'amélioration commence à se manifester. Si la température ne s'abaisse pas, on répète le tamponnement au bout de douze heures. Ce n'est que dans des cas rares, qu'on est obligé de tamponner quatre à cinq fois.

Dr Roubleff.

Influence du traitement prophylactique antisyphilitique dans les avortements à répétition de cause inconnue (Syphilis ignorée) par Samuel Hoffmann. (*Thèse de Paris*, 7 juin 1900). — Dans un grand nombre de cas, l'avortement à répétition dont la cause est inconnue, peut être attribué à la syphilis ignorée ou dissimulée.

Dans le traitement de l'avortement à répétition la prophylaxie doit occuper une très grande place.

C'est avant ou au moins dès le début d'une nouvelle grossesse chez les femmes sujettes à l'avortement que les moyens préventifs rendent de réels services.

Dès qu'on aura des doutes sur la syphilis antérieure de la femme ou du mari, quand on la supposera seulement pour expliquer une série d'avortements antérieurs, il faudra prescrire le traitement spécifique au père avant une nouvelle fécondation et à la mère empiriquement pendant toute la durée de la grossesse.

Certains médecins reculent devant le danger que peut présenter le traitement par le mercure pendant la grossesse. Loin d'être un danger ce traitement dirigé avec prudence peut amener la guérison de la mère et sauver l'enfant.

Pour administrer ce traitement d'une façon efficace il faut faire un choix parmi les préparations mercurielles, suivant la tolérance de chaque malade, et quelquefois suivant l'époque de la grossesse.

La liqueur de Van Swieten souvent employée, présente l'inconvénient d'irriter la muqueuse gastro-intestinale.

On donne actuellement le proto-iodure de mercure à la dose de 0,05 centigr. par jour, en pilules, associé à l'opium et à la thridace, et alterné avec l'iodure de potassium de 1 à 2 gr. par jour.

Le sirop de Gibert est aussi une préparation bien tolérée ; l'auteur s'en est servi, dans son observation personnelle.

Benjamen Bell conseille les frictions, qu'il préconise à l'exclusion de toute autre préparation.

En dehors de ces médicaments il est aussi utile de prescrire des toniques : Vin de quinquina, fer, arsenic, etc.

On devra non seulement veiller à l'exécution des prescription applicables à toute femme sujette aux fausses-couches, mais exiger encore le repos au lit aux moments correspondants aux époques menstruelles,

Quelquefois le repos devra être prolongé pendant plusieurs mois.

E. Vogt.

Des résultats éloignés et des indications de la ligature vaginale des artères utérines dans le cas de myomes de l'utérus, par le Dr Sigmund Gottschalk Berlin (XIIIe *Congrès internat. de Médecine*, Paris, 1900).

1) La ligature vaginale des artères utérines dans ses différentes branches, près du bord de l'utérus, tout près du point de division, est une opération exempte de dangers. Il est avantageux de lier par trois ou, quatre étages, après le décollement de la vessie, du col et des ligaments larges de chaque côté, le ligamentum cardinale (pédicule vasculaire) et la base du ligament large avec de la soie forte et l'aiguille de Deschamps. Cette opération sera bien supportée aussi par des femmes tout à fait exsangues et épuisées, qui succomberaient sûrement à une intervention radicale.

2) Après cette opération, l'utérus et ses tumeurs ne peuvent plus recevoir du sang artériel que de l'artère spermatique interne et par l'intermédiaire de l'artère du ligament rond des ramifications terminales de l'artère épigastrique. (Eventuellement, il sera facile d'éliminer en même temps les anastomoses des ligaments ronds en les liant en masse dans la région inguinale.)

3) La nutrition de l'utérus reste assurée après l'opération.

4) La ligature vaginale des artères utérines peut dans des cas convenablement choisis, maîtriser définitivement mieux qu'aucune méthode palliative les hémorragies causées par les myomes, et elle est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes, qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique.

5) Mais il faut choisir les cas bien justiciables de la méthode.

6) Voilà les données générales :

a) *Le siège des myomes.* — Les myomes, qui sont les plus justiciables de la méthode, sont essentiellement les myomes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond de l'utérus et pas du tout les tumeurs intergalimentaires.

b) *L'âge des malades.* — Plus la femme, atteinte de tumeur myomateuse, est rapprochée de la ménopause, d'autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature.

c) *La grosseur des tumeurs.* — La méthode est surtout applicable dans les utérus myomateux, qui ne dépassent pas notablement le volume d'une tête de femme.

d) *L'anamnèse.* — Si des accidents de pelvi-péritonite ont précédé, il est vraisemblable que es tumeurs out contracté des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles en recoivent de nouveaux vaisseaux artériels qui mettent en question le succès.

5° Avant l'abrasion de la muqueuse de l'utérus, qui est régulièrement le premier acte de la ligature, il faut dilater l'utérus au laminaire dans tous les cas où il y a lieu de soupçonner un myome sous-muqueux, par la raison qu'il est mieux d'extirper radicalement les myomes situés dans la cavité utérine.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par Thomas S. Cullen (Baltimore) (*XIII' Congrès Internat. des Sc. méd.*). — L'auteur résume rapidement les perfectionnements graduels apportés à l'ablation des carcinomes utérins, depuis l'amputation du col, telle qu'elle était pratiquée par Schrœder et ses contemporains, jusqu'à l'hystérectomie de Freund perfectionnée, avec le cathétérisme des uretères, tel que le pratiquent Pawlick et Kelly, et les opérations plus radicales d'extirpation des ganglions iliaques (Ries, Rumpf, Clark).

Cullen insiste ensuite sur les dangers de la greffe carcinomateuse dans les tissus sains au cours de l'opération. Il décrit en détail l'opération pratiquée par Werder (de Pittsburgh). Dans cette opération les risques de greffes cancéreuse sont réduits au minimum.

Les divers temps de l'opération abdominale, lorsque le cancer est limité au col, sont les suivants :

1° Ablation des masses carcinomateuses saillantes, de préférence quelques jours avant l'opération ;

2° Pose de bougies dans les uretères ;

3° Ligature des vaisseaux ovariens et des ligaments ronds ;

4° Libération de la vessie d'avec l'utérus et les ligaments larges ;

5° Ouverture des ligaments larges et dissections des uretères aux points où ils pénètrent dans la vessie ;

6° Ligature des utérines près de leur origine ;

7° Libération de la vessie de la voûte vaginale ;

8° Séparation du rectum et du vagin ;

9° Ablation des ganglions lymphatiques du pelvis ;

10° Dissection des culs-de-sac vaginaux ;

11° Fermeture de la cavité pelvienne par une suture du péritoine vésical avec celui du rectum ; un aide tirant fortement le col en bas pendant ce temps de l'opération ;

12° Fermeture de l'abdomen ;

13° Section de la voûte vaginale au bistouri ou au thermo cautère, de manière à isoler complètement l'utérus et une collerette vaginale l'entourant ;

14° Placement d'un petit tampon de gaze au niveau de la partie réséquée de la voûte vaginale.

Comme on peut le voir, dans ce procédé, l'utérus est libéré partout, le vagin est séparé de la vessie et du rectum, les cavités, pelvienne et abdominale, sont fermées avant que l'opérateur ait touché au col carcinomateux. Il n'y a alors que peu ou pas de dangers d'inoculation cancéreuse. Cullen conseille cette manière de procéder pour tous les cas où la malade n'est pas excessivement affaiblie ; mais il faut se contenter d'une opération exclusivement vaginale quand la mise à l'abri de l'inoculation n'est pas rigoureuse.

Dans l'adéno-carcinome du corps de l'utérus, on peut faire la même opération, mais il est inutile de réséquer la voûte vaginale.

L'orateur analyse sommairement 176 cas de cancers de l'utérus observés par lui.

Cas opérés au 1er janvier 1900. — Carcinomes pavimenteux du col, 61 cas, dont 13, soit 21 0/0 bien portants. — Adéno-carcinomes du col, 12 cas, dont 2 soit 16 0/0 bien portants. — Adéno-carcinomes du corps, 30 cas, dont 19, soit 63 0/0 bien portants.

Cas venus trop tard pour être opérés. — Carcinomes pavimenteux du col, 62. — Adéno-carcinomes du col, 6. — Adéno-carcinomes du corps, 5.

Le pronostic est surtout favorable dans le carcinome du corps; il l'est le moins dans l'aeéno-carcinome du col.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Albuminuries intermittentes des jeunes sujets, par GILLET (*Journal des Praticiens*, n° 34, p, 549, 1900). — Sous le nom d'albuminurie intermittente, on désigne une albuminurie plus ou moins quotidienne) mais ne se produisant seulement que pendant une fraction de temps de la journée. On ne doit pas confondre l'albuminurie intermittente avec l'albuminurie dite passagère qui ne se présente qu'à longs intervalles, plusieurs semaines ou mois, pendant un temps d'ailleurs variable, ni avec l'albuminurie accidentelle, qui n'apparaît qu'une fois par hasard et qu'on ne peut plus retrouver ensuite.

L'absence de cylindres, quoique le plus souvent vraie, et l'absence de lésion rénale, qui ne peut être vérifiée, ne sont pas des signes distinctifs de l'albuminurie intermittente d'avec les albuminuries continues.

La notion d'intermittence entraîne avec elle l'obligation de l'examen fractionné des urines recueillies à différents moments de la journée et de la nuit.

Un caractère clinique essentiel de l'albuminurie intermittente est l'influence positive très manifeste de la station debout et surtout de la marche et de l'ascension sur la production de l'albuminurie. D'une façon générale celle-ci n'est pas nocturne et c'est uniquement après le lever, après la marche qu'elle apparait; elle est donc dans la grande majorité des cas orthostatique. L'albuminurie peut exister dans l'urine très rapidement après le lever ou seulement au bout de quelques heures.

Parfois il y a deux périodes d'albuminurie, une matinale, une vespérale, coupées par une période intermédiaire dans laquelle l'urine reste exempte d'albumine ; l'absence d'albumine dans ce cas est sans doute due au repos nécessité par le repas. Quoi qu'il en soit, l'albumine disparaît en général vers 5 ou 6 heures du soir; elle disparaît d'autre part, dans la journée, dès qu'on fait coucher ou même parfois asseoir le sujet.

L'oligurie accompagne en général l'albuminurie, de sorte que le sujet urine par heure moins le jour que la nuit. Dans les mêmes conditions d'orthostatisme il y a urobilinurie.

L'épreuve du bleu montre un retard dans son excrétion, aussi bien pendant que l'albumine existe que pendant son absence.

L'absence de cylindres granuleux se vérifie dans la plupart des examens. Pavy a noté l'oxalurie ; M. A. Robin, la phosphaturie. La toxicité urinaire serait augmentée (J. Teissier). L'urine diminue et le coefficient azoturique est abaissé.

Le plus souvent, l'albuminurie est découverte par hasard, le sujet ayant les apparences de santé satisfaisante. Certains sujets présentent des troubles fonctionnels, mais qui n'appellent pas l'attention sur le rein; enfin quelques-uns, en petit nombre, se plaignent de malaises tels que céphalée, œdèmes légers, etc... analogues à ceux que l'on observe dans le mal de Bright classique.

En ce qui concerne l'étiologie, on note l'hérédité, dans certains cas, et aussi des antécédents nerveux et arthritiques. Gillet a retrouvé d'une façon presque constante l'infection ou l'intoxication comme à l'origine des néphrites.

Les albuminuries intermittentes peuvent se prolonger non seulement des mois, mais des années, parfois avec des intermittences.

Le pronostic, *quoad vitam*, tout au moins, semble bénin; d'ailleurs, il paraît difficile de faire un pronostic général. L'état du rein ne peut être pronostiqué ; cependant, si l'on tient compte des signes qui accompagnent l'albuminurie, il semble difficile qu'il s'agisse d'un simple trouble fonctionnel; il est vraisemblable qu'il existe une lésion minime des reins.

Cet état présumé des reins doit guider dans le traitement ; d'autre part, il ne faut pas perdre de vue les troubles hépatiques, digestifs, ceux du système nerveux, etc...

Le traitement doit être surtout hygiénique.

Le régime lacté absolu semble ne pas convenir; on gardera le lait dans le régime mixte, mais on lui adjoindra les légumes, surtout farineux, les fruits cuits; on ne permettra qu'un usage très modéré de viande grillée, bien fraîche. On supprimera toute boisson alcoolique.

D'autre part, pour activer la nutrition qui est manifestement ralentie, comme l'indiquent l'oligurie, le ralentissement du pouls, etc..., on mettra en œuvre les procédés hydrothérapiques, les frictions stomacales, le massage. On recommandera une cure à Saint-Nectaire. Les fatigues physiques et intellectuelles, causes de déchéances du système nerveux, seront proscrites.

L'action inhibitrice de la position horizontale la fait prescrire comme moyen curatif ; en tous cas, les albuminuriques intermittents doivent rester debout le moins possible.

Il faut veiller aux fonctions intestinales, prescrire de temps à autre les révulsifs sur la région lombaire.

G. Lyon.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Incompatibilité du phosphore et de l'arsenic en thérapeutique, par le D' Tison (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — L'année dernière l'auteur a étudié l'action curative de différentes combinaisons de créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ces travaux ont abouti à la thèse du D' Lorot, où on les trouvera.

Dans le cours de ses recherches, l'auteur a été amené à constater des accidents de polynévrite des membres inférieurs et supérieurs qu'il est utile de signaler à l'attention des médecins, tant pour en rechercher la cause que pour en éviter le retour.

Quand on administre chaque jour à un tuberculeux peu avancé trois grammes de phosphate de créosote, on ne tarde pas à voir se produire une amélioration considérable dans son état général et dans celui de ses poumons, au point de faire croire à une guérison complète.

Si la diathèse tuberculeuse est plus avancée l'amélioration ne s'en produit pas moins, mais elle ne va pas aussi loin.

Mais chez certains malades, pas chez tous, après un temps variable, six semaines à deux mois, moins long si la dose quotidienne a été plus élevée (4 gr.), on voit survenir des inquiétudes et des douleurs dans les jambes et dans les pieds. Cette douleur se révèle à la pression. Elle est surtout remarquable et précoce, si on presse avec le doigt sur le mollet au niveau de l'anneau du soléaire. Bientôt se manifeste dans les jambes une douleur qui s'accentue et qui s'accompagne d'une impotence qui rend la marche difficile et même impossible sans l'aide d'une personne ou d'un bâton. Le malade oscille en marchant et menace constamment de perdre l'équilibre.

Des manifestations semblables surviennent en même temps ou un peu plus tard dans les membres supérieurs, au point que les malades ne peuvent plus se servir de leur mains pour boire et pour manger.

Cet état peut même s'aggraver et amener une impotence plus considérable.

Toutefois, quand il s'agit de malades auxquels la tuberculose accorde une assez longue survie, survie due en grande partie à l'administration du phosphate de créosote, la polynévrite rétrocède et finit par disparaître, autant par le secours du temps que par les divers traitements employés. On ne peut cependant pas méconnaître l'action bienfaisante de l'électricité.

Quelle est la cause de cette polynévrite ? C'est ici que commence l'obscurité.

Est-elle due à la créosote absorbée en trop grande quantité. Evidemment non, puisque par les injections d'huile créosotée on en fait absorber des doses quatre à cinq fois supérieures, si ce n'est plus. Dans cette dernière médication on a observé des accidents, mais ceux-ci sont tout fait différents de ceux observés par l'auteur.

La ressemblance et pour ainsi dire la similitude de ces accidents de polynévrite avec ceux qu'on observe après une trop longue administration de l'arsenic (car il y a une polynévrite de cause arsenicale) font penser qu'ils sont dus à l'arsenic.

L'auteur a remarqué en effet que ces accidents de polynévrite se produisaient plus rapidement chez les malades auxquels en même temps que le phosphate de créosote, on administrait une préparation arsenicale. Ces accidents très longs à se produire quand on n'administre pas en même temps de préparations arsenicales, avaient lieu plus tôt quand précédemment le malade avait pris de l'arsenic. Un jeune tuberculeux presque arrivé à la troisième période se trouva très bien de l'administration du phosphate de créosote à la dose quotidienne de trois grammes, quand survinrent des accidents de polynévrite. En recherchant les commémoratifs on apprit qu'un mois ou deux auparavant ce malade avait été soumis à un traitement intensif par le cacodylate de soude.

Dans ces conditions on peut se demander s'il n'y aurait pas une certaine incompatibilité entre l'arsenic et le phosphore. Ces deux corps appartiennent à la même famille chimique. Certains auteurs, M. le professeur Goutier entr'autres admettent que l'arsenic pur se substitue au phosphore dans les os. Le phosphore introduit à une certaine dose dans l'économie retarderait-il ou empêcherait-il l'élimination de

l'arsenic ? Ce qui milite en faveur de cette hypothèse, c'est que des accidents de polynévrite peuvent se produire huit ou quinze jours après que, par prudence, on a cessé l'administration du phosphate de créosote. Il ne s'agit donc pas là d'une intoxication ordinaire dont les effets sont d'autant plus graves que la dose a été plus forte ou plus rapprochée.

D'autre part si on considère, l'action bienfaisante du phosphate de créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, ce serait dommage d'être obligé d'y renoncer. Aucune médication n'a donné de résultats aussi satisfaisants, car fort heureusement les accidents de polynévrite sont plutôt rares. Le phosphate de créosote possède en outre l'avantage incontestable de n'être pas caustique et de pouvoir être pris à haute dose par les voies digestives supérieures.

L'auteur ne le donne à la dose de trois grammes par jour que pendant trois jours par semaine et ne le donne pas aux malades qui ont pris antérieurement de l'arsenic : il n'administre pas en même temps de préparation arsenicale.

Le phosphate de créosote employé ne contenait pas d'arsenic.

Résultats obtenus avec le citrophène (*Therap. Monatshefte*, septembre 1900). — Kornfeldt admet que le citrophène se distingue avantageusement des nombreux médicaments prônés dans ces dernières années, car il a tenu ce qu'on en espérait.

Le citrophène se dédouble dans l'estomac en paraphénétidine et acide citrique : ce produit très stable et non hygroscopique, se dissout facilement dans l'eau et présente un goût acidulé agréable. Le principal avantage du citrophène réside pour l'auteur dans le fait que les cardiaques le supportent sans aucune difficulté ; on peut leur administrer impunément 1 gramme trois fois par jour ; cette dose peut être considérée comme la dose moyenne à donner dans les cas de névralgies, d'influenza, de rhumatisme, etc. Dans trois cas de coqueluche, les accès convulsifs diminuèrent rapidement de nombre et d'intensité sous l'influence de cette médication.

Le citrophène égale pour l'auteur le salicylate de soude au point de vue de l'action antirhumatismale spécifique ; il surpasse ce dernier quand une médication prolongée devient nécessaire, car il ne provoque aucun accident, même si on en continue l'emploi pendant plusieurs jours.

E. Vogt.

Action prophylactique et curative de l'urotropine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 13 septembre 1900). — Zaudy a réussi, dans un cas de paraplégie complète avec parésie des sphincters et anesthésie remontant à l'ombilic, à mettre le malade, qui succomba par la suite, à l'abri de toute complication vésicale par l'emploi de l'urotropine (trois fois par jour 0 gr. 5).

On sait que les malades de cette catégorie présentent rapidement des accidents graves dans le domaine des organes urinaires. L'urotropine employée dès le début de l'affection a, par conséquent, permis d'éviter au malade des souffrances inutiles.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ERGOT DE SEIGLE

Seigle ergoté. Champignon (cordiceps purpurea) qui croît sur les épis des céréales et en particulier du seigle.

Parties employées, principes actifs.

Choline, acide ergotinique, ergotinine.

Propriétés physiques et chimiques. Incompatibilités. Toxicité.

Corps de forme allongée, légèrement triangulaire, aminci aux extrémités, présentant sur chaque face un sillon longitudinal. Long de 3 à 6 centimètres sur 2 à 5 millimètres de large. De couleur brun violacé. De saveur âcre et nauséeuse. S'altère facilement.

Applications thérapeutiques.

Vaso-constricteur, hémostatique. Employé dans toutes les hémorragies internes, mais principalement dans les métrorrhagies non gravidiques (ne jamais prescrire l'ergot pendant la grossesse ou après l'accouchement, s'il reste des débris de placenta dans l'utérus).

Employé d'autre part dans la congestion pul-

monaire des maladies infectieuses, comme tonique cardiaque dans les myocardites qui compliquent ces maladies, contre la congestion médullaire et cérébrale, les sueurs des phtisiques, etc.

FORMES PHARMACEUTIQUES ET POSOLOGIE.

Adultes.

Poudre, 0 gr. 50 à 4 grammes, en paquets, cachets, pilules.

Extrait aqueux repris par l'alcool ou ergotine Bonjean, mêmes doses, en pilules, potions.

Très altérable, ne contient pas d'ergotinine.

1 gramme correspond à 7,14 parties d'ergot.

Présente une réaction acide et ne convient pas pour les injections hypodermiques.

Ergotine Yvon, 1 à 3 grammes, en potion, injections hypodermiques.

Est un extrait fluide préparé avec l'ergot débarrassé de sa matière grasse. Contient de l'ergotinine, se conserve mieux que l'ergotine Bonjean.

Enfants.

Poudre

0 à 15 mois	0 gr. 05 à 0 gr. 20
15 mois à 3 ans	0 gr. 20 à 0 gr. 40
3 à 5 ans	0 gr. 40 à 0 gr. 80
5 à 10 ans	0 gr. 80 à 1 gr. 50

Ergotine Bonjean

0 à 15 mois	0 gr. 03 à 0 gr. 10
15 mois à 3 ans	0 gr. 25 à 0 gr. 40
3 à 5 ans	0 gr. 40 à 0 gr. 80
5 à 10 ans	0 gr. 80 à 1 gramme

FORMULES.

Cachets.

Poudre fraîche d'ergot de seigle	0 gr. 20
Sulfate de quinine	0 gr. 10

Pour un cachet, 1 toutes les demi-heures jusqu'à effet (Hémoptysies).

Pilules.

a) Extrait sec d'hamamelis	ãã 0 gr. 05
Ergotine	

Pour une pilule, 1 à 4 par jour (varices, hémorrhoïdes).

b) Ergotine	ãã 0 gr. 05
Poudre de feuilles de digitale	

Pour une pilule, 4 par jour (hémoptysies).

c) Extrait de ratanhia	0 gr. 15
Ergotine	0 gr. 15
Poudre de digitale	0 gr. 03
Poudre de Dower	0 gr. 05
Extrait de jusquiame	0 gr. 05

Pour une pilule, 6 par jour (hémoptysie).

Potions.

a) Ergotine	2 grammes
Sirop d'opium	20 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 —
Eau	100 —

Par cuillerées à soupe (hémoptysie).

b) Ergotine	2 grammes
Sirop de ratanhia	30 —
Eau de fleur d'oranger	10 —
Eau de cannelle	90 —
c) Julep gommeux	125 grammes
Rhum ou cognac	40 —
Ergotine Bonjean	4 —
Poudre d'ipéca	0 gr. 50

Une cuillerée à soupe d'heure en heure (Bronchites diffuses avec congestion pulmonaire. Renault).

d) Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 60
Faire macérer dans eau	200 grammes

Ajouter :

Ergotine Bonjean	2 grammes
Iodure de potassium	6 —
Sirop des cinq racines	50 —

A prendre en six jours.

SOLUTIONS POUR INJECTIONS HYPODERMIQUES.

Ergotine Yvon ; Injecter 1/2 à 1 cent. cube par dose ; 1 à 3 cent. cubes en 24 heures.

Ergotine Yvon	15 grammes
Solution aqueuse de morphine à 1/50	5 —

Injecter 1 cc. le soir (sueurs nocturnes des phtisiques.

Ergotinine (très toxique).

Doses, 1/4 à 1 milligramme par jour en sirop, injections hypodermiques.

FORMULES

Sirop.

Ergotinine	0 gr. 05
Acide lactique	0 gr. 02
Eau distillée	5 grammes
Sirop de fleurs d'oranger	995 grammes

1/4 de milligrammes d'ergotine par cuillerées à café (Tanret).

Solution pour injections hypodermiques.

Ergotinine	0 gr. 01
Acide lactique	0 gr. 02
Eau distillée de laurier-cerise	10 grammes

Cette solution contient un milligramme par cent. cube.

Injecter à la fois V gouttes (jusqu'à XX gouttes par jour).

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

De l'utilité d'un ordre de médecins, considéré : 1° Dans les rapports des médecins entre eux; 2° Dans les rapports des médecins et de la Société; 3° Dans les rapports des médecins et de la Justice, par le Dr A. Couvreur, de Paris (*Congrès Int. de déont. et de méd. professionnelle de 1900*). — Le Dr Couvreur croit à la possibilité et à la nécessité d'un ordre disciplinaire des médecins selon les projets qui ont été établis dans ces dernières années par MM. Jamin (de Paris) et Lassalle (de Lormont). L'inscription des médecins se fera d'office, et les chambres médicales ainsi que le Conseil de l'ordre seront nommés à l'élection. La doctrine médicale, la religion et les opinions politiques de chacun seront respectées; mais la nouvelle institution jouira d'un pouvoir disciplinaire capable de réprimer les méfaits des confrères et d'enrayer le charlatanisme. L'ordre, prévoyant en l'avenir, craignant la pléthore médicale, réclamera plus de difficulté pour l'obtention du diplôme, et pourra, par une cotisation exigée de chacun, par des dons, constituer une caisse de retraites pour confrères malheureux.

Dans ses rapports avec la Société, l'ordre des médecins n'aura pas moins d'efficacité. Sa force d'association le rendra plus puissant auprès du Parlement, fera réclamer ses conseils dans les questions d'hygiène générale et de prophylaxie. Par lui, sera établie sciemment et publiquement la répartition, entre le médecin traitant et le chirurgien, d'un bloc d'honoraires pour les opérations; ce qui dissipera les soupçons d'un autre partage que le public, averti par des mœurs nouvelles, est toujours disposé à imaginer.

En face de la justice, les services rendus par l'ordre seront également appréciables. Les médecins qui, par indifférence ou par crainte, ne veulent pas faire réprimer les délits dont ils pâtissent, n'auront qu'à livrer le soin de la répression à la mutualité qui agira anonymememt. Le mauvais vouloir et l'ignorance du Parquet s'effaceront devant la grande force de l'Association. Enfin, des avis réclamés à l'ordre, ou imposés par lui, lorsque nos confrères seront traduits en justice, lutteront contre des scandales nuisibles à la profession.

Il est temps de se hâter. Si les médecins ne prennent pas les devants, l'opinion publique finira par leur faire imposer une réglementation sans doute plus draconienne que celles qu'ils pourraient se donner à eux-mêmes.

Singulier effet de la guerre au Transvaal. — L'un des plus singuliers effets de la guerre du Transvaal a été, paraît-il, de multiplier en Angleterre les maladies nerveuses. Les préoccupations financières s'ajoutant aux angoisses patriotiques, beaucoup de bourgeois de la Cité en sont venus à un degré d'excitation qui devenait un danger public et exigeait des soins. Il s'est donc fondé à Londres, au cours de cette année, un assez grand nombre d'instituts spécialement destinés à la cure de la névropathie, et voici le régime auquel on astreint les neurasthéniques dans ces établissements. D'abord, on leur interdit le chloral, la morphine, tous les anesthésiques dangereux, et jusqu'à l'eau de Cologne, à laquelle beaucoup de névrosés anglais demandaient une sorte d'ivresse et l'oubli de leurs maux. On les traite par le « repos » complet, absolu, implacable. Défense de remuer, de parler, d'écrire, de lire et de penser. A ceux qui s'effrayeraient de la rigueur de ce régime, nous répondrons que les malades, en apparence inoccupés, n'ont pas une seule minute l'occasion de s'ennuyer. S'ils doivent, trois semaines durant, rester au lit du matin jusqu'au soir et du soir au matin, leur journée n'en est pas moins remplie. A six heures en les réveillant, l'infirmier leur apporte une tasse de bouillon : à sept heures, du café; à huit, de la crème, un œuf, du pain, du beurre, du chocolat; à onze, un bol de lait: à deux heures, une demi-livre de beefsteak, des pommes de terre, des choux-fleurs, une omelette et une grande tasse de lait; à quatre du pain, du beurre et encore du lait; à six, du bouillon gras; à huit de la viande rôtie, trois côtelettes de mouton, du ragoût, de la compote, de la crème et du lait; enfin un peu avant minuit une dernière tasse de consommé. Dans l'intervalle de ces neuf repas, les malades sont à diverses reprises, livrés aux soins du masseur et du docteur électricien. On comprend que, le soir venu, les patients demandent grâce et aspirent au sommeil. On les laisse; de minuit à six heures, il reprennent des forces pour le lendemain. Après trois semaines de ce « repos », les

malades éprouvent une fatigue immense, mais salutaire et c'est alors qu'on leur permet de se lever. On les installe dans un jardin en plein air, de l'aube jusqu'à la nuit, quelles que soient la saison et la température; ils sont vêtus, chaussés et coiffés de caoutchouc : on leur apporte, lorsqu'ils pleut ou qu'il gêle, des couvertures de laine et des fourrures. Pendant cette période, qui dure encore deux semaines, les patients doivent s'abstenir de remuer, de lire, de parler et de penser; mais l'idée ne leur en vient même pas; ils sont tout à la joie de se sentir renaître, de ne plus faire neuf repas, d'échapper au masseur et à l'électricien, ils goûtent enfin le « repos », un vrai repos, cette fois, et qu'ils ont bien gagné. Cette cure a le double inconvénient de prendre beaucoup de temps et de coûter fort cher; mais elle donne, si l'on en croit les médecins anglais, des résultats admirables chez les neurasthéniques qui ont bon estomac.

BIBLIOGRAPHIE

Le Paludisme à Paris, par le Dr Manuel Vicente Avec 52 figures dans le texte et hors texte. — Société d'Editions, 4, rue Antoine-Dubois, 4, Paris.

La malaria peut simuler toutes les maladies sans exception, y compris le choléra et l'hystérie et ses transformations sont autant de branches aberrantes qui se perdent dans la pathologie tout entière. Un type primitif qui est représenté par un syndrome clinique, se dégage nettement des formes régulières; il devient incertain et vague dans les modalités anormales et s'éclipse totalement dans beaucoup de faits imputables au paludisme.

Personne n'ignore ces particularités ; cependant il est constant que la description courante appliquée à la malaria s'est implantée dans les esprits et y survit sous une forme écourtée, trop concise pour être vraie. C'est une source de malentendus. La malaria aussi peu définie, est un être de raison; elle est dépouillée de son génie morbide, de ses caractères vraiment distinctifs et de la singularité que lui confèrent ses facultés d'imitation. D'ailleurs, le territoire qui lui est arbitrairement assigné, n'est pas toujours respecté par les maladies avoisinantes. Si la malaria passe à juste titre pour prendre dans mille circonstances, une physionomie d'emprunt, elle est à son tour souvent simulée par d'autres entités que les classifications ne devraient pas permettre de confondre avec elle et qui franchissent aisément ses frontières artificielles. Il y a là une pénétration réciproque, une interversion fréquente de facteurs morbides. En effet, la fièvre, les stades, le rythme, la splénomégalie se retrouvent au cours de maladies différentes de celle qui nous occupe, et ses complications mêmes, l'anémie, la cachexie, l'hémorragie, jouent à tout propos un rôle semblable vis-à-vis d'autres états pathologiques.

La malaria si variée d'aspect a pourtant son origine nettement établie dans la parasitose du sang, mais l'hématozoaire pathogène est soumis à des transformations, et sa présence n'est pas toujours constatable. Il peut aussi être confondu avec des microorganismes qui appartiennent à d'autres espèces et n'ont rien de commun avec lui.

Le diagnostic différentiel pourrait faire fond sur l'action de la quinine, mais cette action n'est pas toujours démonstrative. La quinine perd ses propriétés curatives dans la cachexie paludéenne avancée ; elle agit incomplètement dans les cas d'association microbienne ; elle ne modère pas directement certaines hémorragies paludéennes, tandis qu'elle peut modifier, sinon guérir, des états morbides et des troubles qui n'appartiennent pas spécialement à la malaria.

Pour qui n'a pas d'idée préconçue, la question s'éloigne donc également d'une limitation étendue et d'un cercle restreint, de conclusions fermes et d'affirmations trop précises, et ne peut être condensée dans une formule. La description exacte de ce sujet mal contenu par son cadre trop étroit, nécessite de fréquentes comparaisons. L'auteur en a parsemé ce travail qui contient aussi des rapprochements nombreux entre notre paludisme régional restreint dans son développement, et le paludisme exotique, plus riche de faits et plus ample de forme.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nile. Imprimerie, E. Lasnier directeur rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés de cours pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Verdun, parasitologie; Ausset, thérapeutique; Fockeu, botanique; Carlier, médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires; Oui, accouch.; Carrière, clin. médicale des maladies des enfants et syphilis infantile; Phocas, clin. chirurg. des maladies des enf.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année 1900-1901 : MM. Bédard, physiol.; Fockeu, hist. nat.; Demeure, physique; Louis, chimie minérale; Vallée, chimie organ.; Gérard, anat.; Lefèvre, pharmacie; Deroide et Deléarde, lab. des cliniques.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont chargés des cours pendant l'année scolaire de 1900-1901 : MM. Chambrelent, accouch.; Denucé, pathol. chirurg.; Rondot, pathol. méd.; Dupong, chimie.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Cassaet, histol.; Auché, anat. pathol.; Sellier, physiol.; Lasserre, hist. nat.; Sabrazès, lab. des cliniques.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Sont chargés des cours pendant l'année scolaire 1900-1901 : MM. Gérard, chimie biol.; Morel, bactériol.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Daunic, anat. pathol.; Bardier, physiol.; Cestan, méd. opérat.; Cluzet, physique; Ribaut, chimie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours pendant l'année scolaire 1900-1901 : MM. Imbert, pathol. chirur.; Vires, clinique des maladies des vieillards; Vallois, accouch.; Raymond, pathol. génér.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Mouret, anat.; Vedel, anat. pathol.; Delezenne, physiol.; Grynfeltt, histol.; Gagnière, physique; Martre, chimie; Moitessier, De Gérard, Bertin-Sans, lab. des cliniques.

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont chargés de cours pendant l'année 1900-1901 : MM. Polosson, accouch.; Beauvisage, botanique.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoire pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Bert, anat.; Regaud, anat. génér. et histol.; Devic, anat. pathol.; Doyon, physiol.; Nicolas, méd. expérim. et comp.; Rochet, méd. opér.; Boyer, méd. lég.; Causse, chime organique et toxicol.; Banal, chimie minérale; Genoud, zool.; Bretin, mat. méd. et botan.; Boulud, clin. méd.; Dor, clin. chirurg.; Amand, clin. ophtal.; Moreau, pharmacie; Lépine, clin. méd.; Bordier, physique; Mondan, clin. chirurg.; Bret, clin. médicale.

Faculté de Médecine de Nancy. — Sont chargés de cours pendant l'année scolaire 1900-1901 : MM. Haushalter, clin. des maladies des enf.; Parisot, clinique des maladies des vieillards; Février, clin. des maladies cutanées et syphil.; Schuhl, accouch.; Vautrin, pathol. ext.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1900-1901 : MM. Lambert, physiologie; Bonin, histol.; Hoche, anat. pathol.; Guilloz, physique; Maillard, chimie; Guérin, lab. des cliniques; Ancel, lab. d'anat. normale.

Ecole de Médecine de Tours. — M. André est nommé chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de Médecine de Clermont. — M. Billard est chargé d'un cours de physiologie, en remplacement de M. le Pr Blatin, en congé.

M. Bide est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et médecine opératoire.

M. Gagnon, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, admis à la retraite et nommé professeur honoraire, cessera ses fonctions le 1er novembre 1900.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. Sauvage est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. Labatut est chargé d'un cours de chimie et de toxicologie.

M. Dodero est chargé des fonctions de suppléant des chaires de physique et chimie.

M. le Pr Bordier est nommé directeur pour trois ans, à dater du 9 octobre 1900.

M. Perriol est nommé professeur de pathologie chirurgicale et médicale opératoire.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Bodin est nommé professeur d'anatomie pathologique et bactériologique.

Sont chargés de cours pour l'année scolaire 1900-1900 : MM. Perrin de La Touche, méd. lég., Véron, accouch.

Sont chargés des fonctions de chefs de travaux : MM. Castex, physique; Topsent, hist. nat.

ENGAGEMENTS D'UN AN

Tous les jeunes gens ayant dix-huit ans accomplis et se trouvant dans l'une quelconque des situations indiquées à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 peuvent, ainsi que l'a fait connaître la circulaire du 21 juillet 1892, par application de la loi du 11 du même mois, signer un engagement de trois ans, avec faculté d'envoi en congé au bout d'une année de présence sous les drapeaux, en produisant les justifications exigées par le décret du 23 novembre 1889.

Le nombre de ces engagements n'est pas limité; mais ils ne doivent être acceptés que pour les régiments d'infanterie ou les bataillons de chasseurs à pied appelés, aux termes de la circulaire de répartition de la classe 1899, à recevoir les jeunes soldats de cette classe, dispensés en vertu de l'article 23, de la subdivision où la famille des engagés est domiciliée.

Toutefois, les étudiants en médecine peuvent souscrire leur engagement non-seulement au titre des régiments d'infanterie et des bataillons de chasseurs, mais aussi pour les régiments d'artillerie et du génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les jeunes soldats de la subdivision de leur domicile, appelés pour un an, par application de l'article 23.

Les engagements ne pourront être contractés avant le 1er octobre. D'ici là, la circulaire de répartition de la classe 1899 aura certainement paru et elle indiquera les régiments d'infanterie, d'artillerie et du génie, ainsi que les bataillons de chasseurs, désignés pour recevoir les jeunes soldats, appelés pour un an, par application de l'article 23.

Quant, à la date à laquelle cessera cette année le droit de contracter l'engagement conditionnel d'un an, elle coïncidera avec la date de la mise en route des hommes d'un an de la classe 1889, date qui, elle-même, ne tardera pas à être connue.

POUR L'ÉMIGRATION FRANÇAISE

La Société d'*Expansion coloniale* organise une branche spéciale ayant pour but de diriger renseigner et aider les jeunes médecins et pharmaciens français qui désirent émigrer.

Elle tient à la disposition de ses sociétaires tous les renseignements privés ou officiels sur les ressources des Colonies françaises, au point de vue médical et pharmaceutique.

Le *Comité Paul Bert*, qui avait le même but et a rendu des services aux confrères qui sont allés s'installer aux colonies et à l'étranger, vient de fusionner avec la Société d'Expansion coloniale, en lui apportant des documents précieux, qui seront utiles aux futurs émigrants.

La Société d'Expansion coloniale, qui compte parmi ses membres des coloniaux et des hommes éminents comme Paul Doumer, André Lebon, général Thibaudin, général Japy, Chaudié, général Galliéni, lieutenant-colonel Marchand, J. Legrand, Liotard, Feillet, du comité Dupleix, le comte N. de Léontieff, N. Auricoste, directeur de l'Office colonial, Collin-Delavaud, directeur de l'Office national du Commerce extérieur, etc., etc., accepte les souscriptions et les dons et fait appel aux sentiments confraternels, humanitaires et patriotiques de tous pour *la grandeur de la France par la prospérité de ses colonies*.

Pour être membre adhérent, il suffit d'être Français, d'avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement et verser une cotisation de 10 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de la Société, 73, rue du Loup, à Bordeaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ANTISEPTIQUES CHIRURGICAUX

Par le Dr Scheffler, médecin aide-major au 16e de ligne

Le **Formol** ou formaldéhyde a été préconisé par Berlioz et Trillat. Le formol du commerce ou formaline doit en contenir 40 0/0 ; en réalité, son titre est plus faible.

Les vapeurs servent à la désinfection des locaux : mais les chirurgiens l'emploient peu, à cause de son action irritante. M. Le Dentu utilise cependant une solution à 1 et 2 0/0 pour désodoriser les plaies gangréneuses.

M. Vacher d'Orléans l'emploie dans les otites. On lave avec une solution à 5 0/00 et on tamponne le conduit auditif avec de la gaze imbibée de la même solution. On laisse le pansement 1 ou 2 jours, la désodorisation est complète.

Le formol, en se combinant avec les produits azotés, les durcit, la formaldéhyde-gélatine est le :

Glutol, c'est une poudre grisâtre, dure, transparente, inodore, non toxique.

Peu bactéricide, il sert avantageusement dans le pansement des plaies aseptiques.

Doyen le considère comme un bon antiseptique.

Nous allons étudier maintenant les sels de bismuth employés comme antiseptiques. Le nitrate, le salicylate de bismuth sont employés surtout comme isolants et comme dessicants. Leur caractéristique à tous c'est d'être peu antiseptiques, non irritants et de diminuer beaucoup les sécrétions.

Le **Dermatol** (gallate de bismuth) est une poudre jaune, inaltérable, inodore, diminuant les sécrétions, astringente. Employé surtout dans les brûlures, les eczémas humides, il peut remplacer l'iodoforme dans les plaies aseptiques. Pommade, 5 à 10 0/0.

L'**Airol**, oxyiodogallate de Bi, est une poudre verdâtre, inodore et insipide, altérable à l'air, insoluble dans les dissolvants ordinaires.

Il dessèche les plaies et facilite leur cicatrisation d'une façon remarquable. Employé en chirurgie oculaire. Il réussit souvent dans la blennorrhagie en injections à 5-10 0/0 dans un mucilage.

Le **Xéroforme**, tribromophénolate de bismuth, est une poudre jaunâtre, à légère odeur de phénol, très stable, insoluble. Préconisé à l'égal d'un spécifiqne pour le chancre mou

par Henss, de Zurich, il n'est pas irritant, mais pour réussir, il faut que le xéroforme soit en contact avec le tissu vivant et que la plaie soit débarrassée du pus et des parties nécrosées à l'aide d'un autre antiseptique.

Cette précaution serait essentielle pour obtenir un bon résultat (Heuss).

Le **Thioforme**, dithiosalicylate de Bi, est également une poudre jaunâtre, inodore, non toxique, proposée comme succédané de l'iodoforme.

Les composés du Bore nous fournissent, l'acide borique, le borate de Na, l'acide phénylborique.

L'**Acide borique**, étudié par Dumas en 1872, a pour formule BoO^3H^3 : il est en paillettes blanches, nacrées.

En solution à 2 4 0/0, il agit sur les ferments figurés et les diastases, mais n'empêche pas le développement des moisissures.

Il n'est ni caustique, ni irritant. Pour M. Legendre, c'est le type de l'antiseptique bien toléré par les tissus et suffisant contre les bactéries.

Soulier le considère comme le spécifique du muguet.

L'acide borique est soluble dans 25 d'eau, 15 d'alcool, 5 de glycérine.

Il est très employé dans les affections oculaires et buccales, surtout les aphtes.

La solution à 4 0/0 (eau boriquée) est d'un usage courant. Ne coagulant pas l'albumine, légèrement analgésique, il est indiqué dans les affections prurigineuses. Il est employé contre l'acné et M. Gaucher l'utilise dans l'impétigo.

On emploie aussi la solution dite eau boriquée pour les lavages de la tête, la toilette féminine, à cause de son action désodorisante.

On emploie l'acide borique en poudre soit en nature, soit mélangé au talc. Le mélange suivant :

Acide borique	20
Talc	80
Parfum	ad libitum

peut remplacer la poudre de riz. La solution dans l'eau est à 4 0/0 (solution saturée). La pommade est à 4/10 et 30 de vaseline.

En solution dans l'alcool à 1/20, il est utilisé dans l'otorrhée et se montre efficace.

Comme collutoire, il est habituellement prescrit avec le borate de soude.

Borate de Na	ãã 5 grammes
Acide borique	
Glycérine	10 —

(Soulier.)

Nous considérons l'acide borique comme un excellent antiseptique : on pourrait lui ajouter utilement quelques gouttes d'essence de girofle ou d'une autre essence dissoute à la faveur de l'alcool et qui, agissant sur les moisissures, augmenterait son action.

De plus, on devrait plus souvent employer la glycérine comme dissolvant.

On peut également augmenter le titre des solutions en ajoutant 1 gr. 25 de magnésie calcinée par fraction de 10 grammes d'acide borique à dissoudre en plus de la quantité normale qui est de 40 gr. 0/00 d'eau (faire bouillir la magnésie, l'acide borique et l'eau). M. Puaux remplace la magnésie par le carbonate de magnésie, et obtient une solution de 10 0/0.

Acide borique	100 grammes
Carbonate de magnésie	14 —
Eau	1000

Ces solutions peuvent rendre de grands services chez les sujets susceptibles et sont trop peu employées.

On a signalé quelquefois des éruptions après l'emploi de l'acide borique et même des accidents à la suite d'un pansement vaginal où entraient 20-40 grammes d'acide en poudre. Ces inconvénients sont très rares et probablement dus à l'impureté du médicament qui aurait contenu de l'acide chlorhydrique.

Le **Borate de Na** soluble dans 10 0/0 d'eau et 8 de glycérine, est surtout employé en collutoire et en gargarismes (2-4 0/0).

L'**Acide phénylborique** a une odeur de marjolaine, serait fortement antiseptique et non caustique à la dose de 1/1000. Il est encore insuffisamment étudié.

L'**Acide salicyborique**, c'est-à-dire le mélange à parties égales d'acide borique et d'acide salicylique, aurait la valeur du phénol, et serait plus soluble que chacun des composants. La dose à employer pour le pansement des plaies serait :

Acide borique	3	grammes
Acide salicylique	3	—
Eau	100	—

(Bosc.)

Nous allons maintenant étudier les antiseptiques qui appartiennent à la série aromatique, autrement dit, qui dérivent de la benzine : c'est la catégorie la plus nombreuse et peut-être la plus intéressante. Ils possèdent à peu près tous une odeur empyreumatique.

La **Benzine** (C^6H^6) supprime l'action des ferments figurés (Bouchard), elle est inusitée comme antiseptique. Cependant, elle serait très utile pour la désinfection des téguments. Il suffirait de frotter la peau avec un tampon de benzine pour la rendre aseptique.

La benzine est très toxique pour les animaux inférieurs, les insectes.

L'**Acide phénique** (C^6H^5OH) a été la base du premier pansement antiseptique, le pansement de Lister.

Sa valeur antiseptique, plutôt faible *in vitro*, est considérable en pratique. Elle est due soit à ce que l'acide phénique coagule l'albumine et emprisonne ainsi les germes dans les mailles du coagulum (Pettenkofer), soit à ce que cette coagulation rend le protoplasma plus résistant.

Il a peut-être aussi une action antiphlogistique, car il empêche la diapédèse.

Ce fait ne serait pas en sa faveur avec les idées actuelles sur la phagocytose.

L'huile et l'alcool diminuent son pouvoir antiseptique, qui serait au contraire exalté par la présence de l'acide tartrique ou chlorhydrique. L'acide phénique est facilement absorbé par la peau et les muqueuses. L'intoxication est caractérisée par des urines foncées, quelquefois albumineuses, colorées en bleu par le chlorure ferrique. On a noté la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille, la stupeur et parfois des convulsions et des sueurs. Les prédispositions individuelles sont fréquentes.

L'acide phénique est à rejeter à peu près complètement chez les enfants.

Le tissu périrectal semble être le lieu d'élection pour l'absorption de l'acide phénique.

Les solutions même usuelles sont irritantes ; au-delà de 5 0/0, elles le sont toujours.

Les solutions renfermant de l'alcool ou les pommades à la vaseline sont très irri-

tantes. L'addition de glycérine diminuerait cet inconvénient (Hallopeau). La glycérine phéniquée à 1/10 serait peu irritante.

Le contact prolongé avec une solution de 2 - 5 0/0 amène de l'anesthésie, des fourmillements, et même de l'eczéma phéniqué.

Les solutions employées sont : la solution forte à 50/1000, la solution faible 25/1000. On formule ainsi :

Acide phénique	25-50
Glycérine	50
Eau ..... Q. S. pour	1000 cc.

ou encore

Acide phénique	2
Acide tartrique	2 ou HCL 1 gr.
Eau	100

l'huile phéniquée est à 1/100. Le glycéré phéniqué également ; la vaseline à 1/15.

Les solutions phéniquées sont très employées pour la désinfection des instruments.

Elles réussissent également bien pour la désinfection d'une plaie souillée de terre avant l'application d'un pansement définitif.

Hayem préconise les badigeonnages avec une solution d'alcool et d'acide phénique à parties égales dans l'érysipèle. Le badigeonnage sera fait d'une main légère, à cheval sur le rebord saillant de la plaque. Verneuil préconise aussi les pulvérisations phéniquées dans l'anthrax.

Le mélange d'acide phénique et de cam phre donne un liquide oléagineux : le phénol camphré, que nous étudierons avec les produits similaires.

La **Créoline** ou crésyl est un liquide brun noirâtre d'une odeur bitumineuse et aromatique, soluble en toutes proportions dans l'alcool. Avec l'eau il donne une émulsion jaune verdâtre savonneuse. L'émulsion à 2-5 0/0 est très stable.

A la dose de 1/1000 il détruit les staphylocoques et supprime les mauvaises odeurs.

Enfin il est très peu toxique et on a pu pratiquer sans inconvénients, des injections pleurales d'une solution de 1-5 0/0 (Hiller).

Les avantages sont les suivants : il n'est pas caustique, les émulsions sont astringentes, hémostatiques, et diminuent les sécrétions (Kortum).

Les émulsions de créoline sont sav onneuses, rendent les surfaces glissantes, n'attaquent pas les métaux mais détérioren t les objets en caoutchouc qui deviennent rugueux.

A la dose de 0,50 à 2 0/0, la créoline est employée en chirurgie et en obstétrique.

Le **Crésylol** ou hydrate de crésyl est peu employé.

L'**Aseptol** ou acide sozolique orthoxyl phényl sulfureux, rarement employé est cependant un bon antiseptique à la dose de 5 0/0.

C'est un liquide rougeâtre à odeur de phénol, soluble en toutes proportions dans l'alcool, la glycérine et l'eau.

La formule est : $C^6 H^4 OH SO^3 O H$.

Le **Sozoiodol**, ou acide diiodoparaphénylsulfureux, est employé en solutions à 2-3 0/0. Les sozoiodolates de Na et K sont employés en solutions au même titre, ou en poudre, mélangés au talc ou au sucre de lait dans la même proportion.

Le docteur Fritsche de Berlin l'emploie dans les affections rhinolaryngées.

Le **Lysol** liquide brun sirupeux, soluble dans l'eau en toutes proportions a une action microbicide manifeste. La solution à 1 0/0 est savonneuse et très employée pour la désinfection des mains et des instruments.

Le **Solvéol** représente du crésylol dissout à la faveur du créosotate de Na. C'est un liquide limpide, presque inodore, miscible à l'eau en toutes proportions. Il jouit des propriétés du cresylol, mais ne rend pas les mains glissantes. Il serait supérieur à l'acide phénique.

La solution à 5 0/0 est la plus employée.

Le **Goudron minéral**, coaltar, est un antiseptique peu employé à cause de sa complexité. C'est plutôt un désinfectant. On emploie quelquefois le coaltar saponiné en solution à 3 0/0 dans l'eau, dans le traitement des plaies ichoreuses.

Le coaltar saponiné renferme : coaltar 100 ; teinture de saponine 2,400.

L'**Acide salicylique** $C^7 H^6 O^3$ soluble dans 444 parties d'eau froide, n'offre pas pour M. Vallin une garantie absolue comme antiseptique : sa puissance est limitée ; ferments et bactéries s'habituant à son action. Il entre dans la composition de la poudre antidiaphorétique : acide salicylique 3, amidon 10, talc, 87, usitée contre la sueur des pieds.

Giuseppe l'a employé en poudre dans le pansement du chancre mou. Il entre dans de nombreuses pommades usitées dans les affections cutanées.

Le **Salol** salicylate de phénol est une poudre blanche cristalline d'odeur agréable. Il a une action remarquable sur les ulcères atoniques, dont il favorise la cicatrisation. Il fait disparaître la fétidité. Il réussirait mieux quand il est appliqué après un lavage de la plaie destiné à enlever le pus, ce qui le rapprocherait à ce point de vue du xéroforme. On l'utilise aussi en pommade à 4/30.

C'est un antiseptique précieux, agréable et pouvant remplacer l'iodoforme dans beaucoup de cas. Il a une action particulièrement efficace sur les plaies légèrement sanguinolentes. Il forme alors une espèce de croûte au-dessous de laquelle la cicatrisation se fait très vite et sans suppuration.

L'**Acide picrique** ou trinitrophénol, est une poudre cristalline jaune clair, soluble dans l'alcool et l'éther et dans 86 parties d'eau. Pour Soulier, il est microbicide à un haut degré comme tous les amers.

Employé en solution aqueuse saturée, il tarirait les sécrétions morbides des muqueuses, c'est ce qui explique en partie son emploi dans la blennorrhagie. Dans ce cas on emploie des injections biquotidiennes d'une solution à 1 0/0.

Pour M. Chéron, l'acide picrique imprime aux plaies et ulcères, « une vitalité qui les amène rapidement vers la cicatrisation ».

Il est très efficace dans les brûlures ; on emploie la solution suivante : acide picrique 10 grammes, eau bouillie tiède 1000 grammes. On entoure la partie brûlée avec des compresses trempées dans la solution, on recouvre d'une épaisse couche de coton hydrophile mais on n'interpose jamais de toile imperméable. Le pansement doit devenir sec par l'évaporation et ne pas être renouvelé avant trois jours.

Pour les extrémités on peut faire prendre un bain picriqué de la durée de 5-10'. Au sortir du bain entourer le membre d'ouate hydrophile si l'épiderme est conservé, et avec de la gaze stérilisée dans le cas contraire. Ne pas employer l'acide picrique en poudre, de crainte d'un érythème généralisé.

Cet érythème s'observe d'ailleurs quelquefois avec le pansement tel que nous l'indiquons.

L'inconvénient de son emploi est la coloration jaune des parties avec lesquelles l'acide picrique est en contact, coloration qui ne disparaît qu'à la chute de l'épiderme.

Les **Couleurs d'aniline** sont obtenues en chauffant l'aniline avec des corps oxydants. Les principales sont le violet de méthyle (Pyoctanine bleue et jaune), la safranine, la cyanine, le vert malachite (ces3 dernières inusitées.) Le pouvoir antiseptique du violet de méthyle a été étudié par Stilling de Strasbourg, Germain Sée et Moreau (*Médecine Moderne* 1890). Une solution à un millionnième suffit pour influencer les cultures de staphylocoques. Une solution à 1/1000 tuerait les germes en 10 minutes. Les bacilles les plus influencés, sont ceux qui sont le mieux colorés par les solutions aqueuses. La solution à 1/2000 a été préconisée en thérapeutique oculaire. Les résultats sont contradictoires ce qui est dû à la difficulté d'avoir des substances pures.

On emploie quelquefois la poudre pour saupoudrer les ulcères, surtout les cancroïdes. On obtient ainsi une croûte noirâtre qu'on laisse tomber d'elle-même.

La poudre peut être diluée de 1-20 pour 1000 de substance pulvérulente inerte.

La pyoctanine doit être conservée à l'abri de la lumière (Manquat) la jaune est moins active que la bleue.

La **Résorcine** ($C^6 H^4 (OH)^2$) est une poudre blanche cristalline qui devient rosée à l'air : elle a une faible odeur de phénol. Elle est très soluble dans l'eau, la glycérine, l'alcool et l'éther, c'est un antiseptique voisin de l'acide phénique mais peu employé en chirurgie, il n'est pas caustique pour la peau mais il a une action locale irritante.

La résorcine s'est montrée surtout utile pour les plaies de mauvaise nature, et dans la blennorrhagie en injections à 1-3 0/0. Cependant la guérison serait rare par ce seul moyen (Jullien).

Les pommades 10-30 0/0 sont quelquefois employées dans les affections cutanées. Solution 1-4 0/0.

La **Naphtaline** $C^{10} H^8$ n'est employée que comme parasiticide.

Les **Naphtols** A et B ($C^{10} H^7 OH$) sont solubles dans l'alcool et l'éther mais peu solubles dans l'eau 1/5000. Ils sont surtout employés comme antiseptiques intestinaux.

On emploie cependant l'eau naphtolée à 0 gr. 20 pour 1000.

Naphtol B.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30
Alcool.....	1 gramme
Eau distillée.....	1000 grammes

Budin l'emploie dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Carls propose de dissoudre le naphtol dans l'alcool camphré pour le rendre plus facilement miscible.

Les pommades au Naphtol ont été employées contre le sycosis. Pour les préparer il faut dissoudre le Naphtol dans l'éther, mélanger à la vaseline et chasser l'éther en chauffant.

En résumé, le Naphtol, en tant qu'antiseptique externe ne présente pas d'avantages sur les autres médicaments du même ordre.

La Microcidine est obtenue en mélangeant deux parties de naphtol B en fusion avec une partie de soude.

Préconisée par Berlioz, la microcidine est très soluble dans l'eau, limpide et inodore, non toxique. La solution aqueuse de 3 et 5 pour 1000 est employée dans le traitement des plaies et en injections dans les accouchements.

La Saccharine, acide anhydrosulfamido-sulfureux, n'est guère employée que comme antiseptique de la bouche (Constantin Paul, Rey) : elle décomposerait les carbonates. On peut employer la formule suivante :

Saccharine.....	0 gr. 10
Eau de Botot.....	100 grammes

Le phénol, le napbtol, le salol forment respectivement avec le camphre un liquide huileux, insoluble dans l'eau, miscible à l'alcool, l'éther et aux huiles.

Le *phénol camphré* a été employé contre les furoncles, l'herpès prurigineux, le prurit vulvaire, la diphtérie.

Le Naphtol camphré (naphtol 1, camphre 2) est un puissant antiseptique, peu irritant, excepté pour l'œil. On peut l'employer pour le pansement des plaies et la stérilisation des instruments.

Il est efficace contre la diphtérie. Reboul l'emploie dans les tuberculoses locales; Schwartz, l'utilise dans l'otorrhée, mélangé avec l'huile d'olive et la glycérine.

Le Salol camphré à une odeur agréable et peut être utilisé de la même façon, il est moins énergique que le précédent.

Le Camphre a lui-même des propriétés antiseptiques, il peut être employé en poudre sur les plaies de mauvaises nature, la pourriture d'Hopital (Notta). — L'huile, l'alcool et la pommade camphrée sont d'un usage courant.

Le Thymol serait quatre fois plus antiseptique que l'acide phénique et moins toxique ; il est presque insoluble dans l'eau. On l'emploie en lotions, inhalations, injections suivant la formule.

Acide thymique.....	2-4
Alcool.....	100
Eau,.....	900.

On utilise un savon à 1/1000.

Le thymol à 1/1000 désodore instantanément une plaie, mais son prix est élevé et de plus il attire les mouches.

Les Essences sont des corps retirés par distillation de certaines plantes, la plupart sont liquides et ont une odeur agréable. Elles sont hémostatiques, antiseptiques et ont la propriété d'ozonifier l'oxygène. Elles sont, néanmoins, à peu près inusitées.

Cependant, Bouchard (Maladies infectieuses) a étudié un mélange de quelques essences (origan, canelle, angélique...) qu'il place au-dessus du naphtol B, si on a égard à sa toxicité et à sa puissance antiseptique.

MM. Chamberlin, de Parville indiquent également les propriétés antiseptiques des essences, mais, nous le répétons, elles sont très peu usitées.

Les baumes, du Pérou, styrax, benjoin, sont un peu plus usités, surtout le baume du Pérou.

La Listérine, produit américain, renferme du thymol, de l'acide benzoïque et des essences.

L'Ulyptol est un mélange proposé par Schmeltz de Nice pour le pansement des plaies; il renferme de l'acide salicylique, de l'acide phénique et de l'essence d'Eucalyptus.

Le stérésol proposé par Berlioz est un vernis renfermant des baumes et des essences.

Nous terminerons cette étude par quelques mots sur l'action désinfectante du savon.

Les savons sont antiseptiques en tant que sels alcalins d'acides gras. (Sérafini, Annali d'Igiene sperimentale 1898), les meilleures savons sont les savons blancs de Marseille en solution tiède à 30-40 p. 1000.

Quant aux savons contenant des substances antiseptiques, il se produit, dans leur masse, des actions chimiques qui détruisent l'action de l'antiseptique, et l'action désinfec- du savon lui-même.

Le Dr Tonzig (Gazetta degli ospedali et delle cliniche, 1900, N° 6) a montré que l'addition de créoline, même à la dose de 10 0/0, n'augmente en rien l'action désinfectante des savons dits désinfectants qui sont souvent moins efficaces que les savons simples.

En résumé, les propriétés désinfectantes des savons sont réelles, et atteignent leur maximum dans les solutions de 30-40 pour 1000 d'eau chaude. Les meilleurs sont les savons simples de Marseille sans addition de substances antiseptiques.

UN CAS DE NÉVRITE OPTIQUE BILATÉRALE, D'ORIGINE GRIPPALE, SUIVI DE GUÉRISON.

Par le Dr Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital Saint-Joseph

Il s'agit d'un cas de névrite optique bilatérale, infectieuse, d'origine grippale, qui s'est terminé par la guérison avec restitution presque intégrale de la vision.

Dans le courant du mois de mars 1899, je fus appelé près d'un malade à qui M. le Dr Thuvien donnait ses soins depuis quelques jours pour une grippe d'allure banale et qui s'était réveillé ne voyant plus clair.

Il s'agissait d'un homme de 40 ans, robuste, toujours bien portant jusque, là sauf quelques indispositions sans importance, atteint cette fois d'une grippe banale avec fièvre plutôt modérée, tendance à la constipation, sans détermination viscérale, mais avec une céphalalgie très intense comme symptôme dominant. Cette grippe évoluait du reste normalement et sans provoquer aucune préoccupation sérieuse. Aucun antécédent morbide ni diathésique, rhumatismal, goutteux ni syphilitique à noter, pas de tabagisme et encore moins d'alcoolisme même modéré et une vue toujours normale jusqu'à présent, composition des urines normale.

A l'examen externe on constate un certain degré de congestion de la face avec douleurs frontales et circum-orbitraires intenses et une mydriase assez prononcée et au même degré dans les deux pupilles. La température est de 39° et le pouls ne dépasse pas 110; pas d'agitation, pas de nausées; en somme une symptômatologie générale ne présentant rien de caractéristique, et à côté de cela de la mydriase et des troubles visuels fonctionnels sérieux, allant jusqu'à l'amaurose. Le malade ne compte pas les doigts et les perceptions lumineuses seules sont conservées. Le champ visuel lumineux ne présente pas de rétrécissement. A l'examen ophtalmoscopique, je constate une névro-rétinite double; les pupilles sont hypérémiées, œdémateuses, avec contours diffus et œdème propageant aux couches voisines de la rétine. Les veines sont flexueuses et présentent la stase sanguine. Il n'y a pas d'hémorragies ni d'exsudation, l'aspect ophtalmoscopique paraît un peu plus prononcé à gauche qu'à droite. Il indique une gêne de circulation, une stase veineuse et un degré moyen de compression des nerfs optiques, sans cependant que l'étranglement soit très marqué et puisse faire penser à de la névrite par néoplasme.

Il s'agit d'une papillo-rétinite, dont la bilatéralite et les circonstances de son apparition indiquent l'origine infectieuse grippale, papillitte dans laquelle les lésions ophtalmoscopiques très caractérisés, mais à un degré moyen, ne sont pas en proportion avec les troubles visuels fonctionnels qui vont jusqu'à de l'amaurose et ne permettent plus qu des perceptions lumineuses.

(1) *Communication faite au 13e Congrès International (Section d'ophtalmologie).*

Nous instituâmes immédiatement, mon confrère et moi, un traitement énergique, consistant localement en émissions sanguines (6 sangsues aux tempes) et contre l'infection générale, en chlorhydrate de quinine, en calomel comme évacuant et en régime lacté exclusif, séjour dans la demi-obscurité pour reposer l'organe malade.

Le pronostic était sérieux et la fonction visuelle pouvait se trouver compromise chez un homme encore jeune, père de famille et qui occupait dans une administration des fonctions actives de comptable.

Dans ces conditions de pronostic peut-être grave et de responsabilité, nous appelâmes en consultation M. le Pr Panas, qui confirma notre diagnostic de papillo-rétinite, son étiologie infectieuse et le traitement que nous avions institué. Le chlorhydrate de quinine fut continué à la dose de 0 gr. 75 à 0 gr. 50 par jour, ainsi que le calomel à la dose de 0 gr. 30 tous les deux jours et une nouvelle application de sangsues fut prescrite.

Les troubles visuels et les lésions ophtalmoscopiques se maintinrent à peu près stationnaires et sans aggravation pendant quatre à cinq jours, pendant lesquels la fièvre avait complètement cédé. Une légère amélioration se produisit alors symétriquement dans les deux yeux. La mydriase diminua et les doigts commencèrent à pouvoir être comptés à 75 centimètres.

Malgré la gravité des troubles fonctionnels, le pronostic porté par M. le Pr Panas fut plutôt favorable en raison du degré moyen d'étranglement qui, au bout de deux ou trois jours, n'avait pas marqué de tendance à augmenter. La tendance à l'amélioration qui se manifestait au bout du cinquième jour par la diminution de l'œdème papillo-rétinien et par l'amélioration de la vision, faisait espérer que les fibres nerveuses pourraient rester indemnes en grande partie et que le pronostic favorable se réaliserait complètement. Il en fut, du reste, ainsi et nous eûmes la satisfaction de constater une amélioration pour ainsi dire journalière des lésions anatomiques, de l'état pupillaire et parallèlement de la fonction visuelle, les examens ophtalmoscopiques et fonctionnels étant pratiqués tous les deux ou trois jours. Cette amélioration se manifesta symétriquement et uniformément dans les deux yeux en même temps.

Dans l'espace de vingt jours, l'œdème disparut à peu près complètement et les contours des papilles apparurent bien nets avec une très légère blancheur périphérique vers le limbe temporal supérieur, les artères restant encore un peu grêles et les pupilles revenant à leur état normal et réagissant normalement. A ce moment, l'acuité visuelle a sensiblement remonté et elle est de 5/10 à droite et de 4/10 à gauche. Le chlorhydrate de quinine dont les doses avaient déjà été diminuées et le calomel furent de plus en plus espacés et l'iodure de potassium fut prescrit comme agent résolutif. L'amélioration continua et les examens ophtalmoscopiques et fonctionnels pratiqués une fois par semaine révélèrent un progrès continu et régulier; si bien que vers la fin de juillet, c'est-à-dire quatre mois après le début de l'affection, l'acuité était de 8/10 pour l'œil droit et de 7/10 pour l'œil gauche dans lequel l'œdème avait été un peu plus prononcé.

La maladie s'était développée très rapidement et avait vite acquis son degré de plus grande intensité, en l'espace de vingt-quatre heures au plus. Ce sont les cas de ce genre qui présentent les conditions les plus favorables pour la décompression rapide et la guérison, soit complète, soit partielle; de préférence aux cas dans lesquels les lésions et les troubles s'accroissent successivement et sans discontinuer.

L'examen ophtalmoscopique montre en dernier lieu des papilles normales comme contours et comme circulation sanguine. Seule une très légère décoloration des limbes temporaux indique qu'il a existé une compression sur les fibres optiques. La guérison

est définitive avec une restitution à peu près complète de la fonction visuelle, puisque l'œil droit n'a perdu que 2/10 de son acuité et l'œil gauche, le plus atteint, 3/10 seulement.

J'ai revu le malade en novembre, en janvier et pour la dernière fois il y a trois mois. Il a repris ses occupations de comptable depuis le mois de janvier et son état oculaire comme son état général se sont maintenus satisfaisants. Il travaille sans fatigue et n'a pas eu la grippe cet hiver.

J'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de relater cette observation de névrite infectieuse où l'origine de l'infection réside manifestement dans l'infection grippale; attendu qu'en dehors de cette cause, il n'en existait aucune autre : infection de voisinage ou d'autres organes, auto-intoxication d'autre nature pouvant agir sur l'œil directement ou indirectement.

Il s'agissait d'un cas d'influenza banal dont le coefficient d'infection était en apparence très atténué et qui cependant a produit une détermination oculaire grave, non au déclin de son évolution, mais dès les premiers jours de son apparition, détermination symétrique dans son début comme dans sa terminaison et due à une toxine spéciale et aussi à une réceptivité particulière du terrain des fibres optiques qui s'est laissé facilement et profondément imprégner par une toxine en apparence atténuée.

M. le Dr Uhthoff, de Breslau, dans son remarquable rapport sur la névrite optique toxique, n'a pas abordé l'étude des névrites infectieuses, mais il fait très justement remarquer que beaucoup de névrites infectieuses ne proviennent pas directement des micro-organismes, mais seulement de leurs produits de désassimilation ou de toxines qui ne résultent qu'indirectement de l'infection et il conclut en faisant ressortir l'énorme importance des toxines et des poisons dans la pathogénie de la névrite optique; les névrites infectieuses, comme les névrites toxiques proprement dites, étant produites par une intoxication, soit exogène, soit endogène.

L'heureuse terminaison du cas que je viens de relater prouve combien il est important sans trop s'attarder aux traitements locaux, de chercher surtout à obtenir l'élimination et la destruction des agents toxiques de quelque nature qu'ils soient. Il est certain que dans la médication que nous avons employée, la part la plus active dans le résultat obtenu paraît devoir être attribuée à l'action évacuatrice et antiseptique du calomel et au régime lacté suivi pendant près de deux mois, les autres moyens thérapeutiques n'ayant exercé qu'une action secondaire et adjuvante.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

L'ichtyol dans la dysenterie (*Ejenedelnik*, n° 21, 1900). — Polilopf a employé dans trois cas de dysenterie des lavements profonds d'ichtyol à 3 0/0. Il introduit 800 grammes à la fois. Le premier lavement est donné après le nettoyage du canal intestinal par 30 grammes d'huile de ricin, le deuxième lavement (même quantité de liquide) est donné six à huit heures plus tard.

Dans les cas observés par l'auteur, le nombre de lavements n'a pas dépassé 3 à 7 pendant deux jours.

Quant à l'action thérapeutique de ces lavements, l'auteur déclare avoir constaté une amélioration considérable de l'état général, survenant dès après le premier lavement : le ténesme très douloureux du rectum disparaît rapidement, les malades peuvent s'endormir ; les douleurs dans la fosse iliaque gauche deviennent bien moins intenses ; l'appétit ainsi que le pouls s'améliorent rapidement. Dans aucun cas on n'a constaté d'aggravation, bien que ces lavements à l'ichtyol ne fussent pas toujours employés au début de la maladie, les malades entrant à l'hôpital assez tard.

L'auteur explique l'action favorable des lavements à l'ichtyol par ce fait que probablement l'ichtyol désinfecte le gros intestin et tue sur la muqueuse le virus de la dysenterie.

J. Roubleff.

Chlorhydrate de phénocolle dans la fièvre palustre (*Wratch*, n° 20, 1900). — Tschourilof (de Koursk) a employé le chlorhydrate de phénocolle dans sept de cas de fièvre palustre.

Le chorhydrate de phénocolle a été administré en une seule ou en deux fois.

Les accès ont été arrêtés ordinairement dès la première dose. Les jours suivant les malades ont continué cependant à prendre du chlorhydrate de phénocolle.

L'auteur estime que cette substance pharmaceutique est indiquée dans les cas de fièvre palustre où la quinine reste sans action ou n'est pas supportée par les malades.

Ajoutons qu'on a constaté des céphalées, des affaiblissements du cœur et un ralentissement du pouls, mais tous ces phénomènes, l'auteur les attribue à la maladie elle-même et non pas au phénocolle.

J. Roubleff.

Traitement de la malaria par le bleu d'aniline (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 septembre 1900). — Iwanoff a expérimenté le bleu d'aniline, qui se distingue du bleu de méthylène à réaction basique, jusqu'ici préconisé pour le traitement de la malaria, par sa réaction acide : en chimie, il est désigné sous le nom de triphényl-rosaniline.

Il est toujours difficile d'étudier la valeur thérapeutique d'un anti-malarique, car il arrive souvent que la maladie rétrocède d'elle-même.

Sur 219 paludéens observés par l'auteur, il y eut 42 cas de guérison spontanée. Si donc on veut bien s'assurer de l'action thérapeutique d'un anti-malarique, on fera toujours bien de garder les malades pendant deux ou trois jours en observation avant d'intervenir.

Les doses reconnues actives par l'auteur sont de 0 gr. 06 à 1 gramme par jour ; le médicament a été administré en cachets, trois fois par jour. Les expériences ont porté sur 15 paludéens, dont 7 ont été guéris. Le bleu d'aniline a été seul administré : il n'a jamais provoqué d'accidents analogues à ceux qu'on observe à la suite

de l'administration du bleu de méthylène (strangurie, irritation vésicale, etc.)

Ces recherches démontrent que l'action thérapeutique du bleu de méthylène ne dépend pas de la constitution chimique, puisqu'un colorant acide a donné des résultats à peu près aussi satisfaisants (46 0/0 de guérisons au lieu de 50 0/0).

L'auteur croit que les couleurs d'aniline dans leur ensemble doivent posséder des propriétés thérapeutiques importantes, inconnues jusqu'ici.

E. Vogt.

La sérothérapie dans la diphtérie par Broeckaert (*Belgique Méd.*, 26 juillet 1900). — Cet intéressant article se prêtant mal à l'analyse à cause des nombreux tableaux de statistique nous nous bornerons à signaler les conclusions de l'auteur :

1° Avant l'époque de la sérothérapie, la mortalité diphtéritique moyenne en Belgique était de 37 pour 100.000 habitants ; elle n'est plus que de 19 grâce à l'emploi du sérum.

Cette diminution de la mortalité s'observe, à peu près dans les mêmes proportions dans toutes les villes du monde où l'on fait usage du sérum.

2° Si l'on considère tous les cas de *diphtéries bactériologiques* la mortalité est abaissée à 16 0/0.

Pour les cas *de croup*, la mortalité qui était jadis de 67 0/0 n'est plus que de 23 0/0.

Le pourcentage moyen de la mortalité pour *les cas de croup trachéotomisés* était jadis de 73 0/0 ; il n'est plus aujourd'hui que de 42 0/0.

3° La mortalité est beaucoup plus basse dans les cas injectés de bonne heure ; l'extension des membranes pharyngées vers le larynx, se produit très rarement dans ces cas.

4° Le sérum n'a guère d'influence sur les paralysies diphtériques que quand l'injection est faite dans les deux premiers jours.

5° Les accidents dus au sérum anti-diphtérique ne sont pas mortels.

6° La valeur de l'injection préventive de sérum paraît réelle mais la durée de l'immunité est très courte.

7° Les principales causes d'échec de la sérothérapie anti-diphtérique sont :

a) L'intervention en cas de pseudo-diphtéries ;

b) L'intervention en cas de diphtéries associées graves ;

c) L'insuffisance des doses ;

d) L'intervention trop tardive ;

e) L'altération ou la mauvaise qualité du sérum.

A. Courtade.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Sur le traitement du mal de Pott, par MM. Broca et Mouchet (*Gazette hebdomad. de Médec. et de chirurgie*, n° 66, 781). — Les auteurs se sont proposé de soumettre à un contrôle prolongé la méthode de Calot, ou du redressement brusque de la gibbosité pottique. La plupart des petits malades ont été suivis pendant 3 ans. Les conclusions ont été que peu de semaines après l'application de l'appareil plâtré qui suit le redressement, on peut constater, en enlevant le plâtre pour panser les escharres, presque inévitables, qui se produisent, qu'il y a reproduction partielle de la bosse.

Voilà du moins la réalité, quelque regrettable qu'elle soit, pour tous les cas à gibbosité un peu prononcée. En outre, M. Broca met en doute la solidité de l'union osseuse des ares postérieurs des vertèbres que nous montrent certaines radiographies complaisamment interprétés. Sa critique est juste, mais l'examen nécroscopique en dira plus long sur la réalité des faits ; c'est à l'auteur de la méthode à nous renseigner sur ce sujet. M. Broca reconnaît pourtant qu'il a eu un nombre réspectable d'améliorations durables, sinon même de succès, dans les gibbosités toute récentes. Ce sont là en effet, de l'avis de Calot, les meilleurs cas. Mais M. Broca a observé qu'on obtient le même résultat par la *traction horizontale sous l'anesthésie chloroformique* ; cette manœuvre et l'application d'un corset de Sayre prenant bien les épaules et les hanches, sont d'après lui ce qui doit rester de la méthode de Berck. Pourtant, que le redressement soit obtenu par pression directe ou par traction, ou par une combinaison des deux, c'est toujours du redressement brusque, et l'on ne peut en conscience enlever à la statistique de la méthode de Calot ces cas favorables. Il y a plusieurs degrés dans les manœuvres de redressement en une séance : les gibbosités légères, tous les chirurgiens l'ont remarqué, s'effacent par simple traction, maintenue pendant l'application du corset de Sayre sous l'anesthésie ; mais il est bon, en prévision de la tendance à la récidive, de faire un peu d'hypercorrection en appuyant dessus.

M. Broca ne peut s'y refuser, puisqu'il reconnaît du moins la parfaite innocuité des pressions prudemment graduées sur la colonne vertébrale, en dehors de l'existence d'un abcès par congestion. Ce dernier cas, ainsi qu'il le fait observer, doit être une contre-indication au redressemen

brusque, ainsi que l'état cachectique ou la tuberculose pulmonaire trop avancée des sujets.

En ce qui touche la technique, il préfère ne pas englober la tête de l'enfant dans l'appareil plâtré, il confectionne un corset plâtré avec des bandes de tarlatane humide et une bouillie de plâtre assez épaisse. On doit avoir soin de placer sur le jersey qui recouvre directement la peau, une certaine quantité de ouate en avant du thorax pour la respiration, en avant de l'abdomen pour la digestion. Il faut que l'appareil descende au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures. Sauf pour le mal de Pott dorsal supérieur et le mal cervical, on peut se dispenser de comprendre la tête dans l'appareil.

Ce que l'on cherche, en résumé, c'est de placer les malades dans les meilleures conditions possibles pour leur guérison ; l'un des principaux moyens est évidemment l'*immobilisation du rachis en bonne position* faite en temps opportun, c'est-à-dire dans la première année à partir du début du mal. La méthode de Calot, à notre avis, a donc fait accomplir au traitement classique local du mal de Pott, jusqu'ici défectueux, un progrès capital.

A. Benoit

Thérapeutique de la Scoliose. — Scoliose infantile et scoliose des adolescents, par Chipault (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Depuis quelques années, l'auteur s'est efforcé de substituer dans le traitement des scolioses, soit à l'abstention trop fréquente, soit aux procédés en usage, défectueux ou incomplets, la méthode de la réduction avec immobilisation en bonne position jusqu'à ce que celle-ci puisse être spontanément et définitivement gardée.

Son expérience à ce sujet, basée sur une centaine de faits, peut se résumer dans les quelques règles suivantes :

a) les appareils dits orthopédiques, lourds, constrictifs, non sustenteurs, doivent être systématiquement abandonnés : ils ne sont jamais utiles et sont souvent nuisibles.

b) la conduite à suivre varie suivant la nature et le degré de la scoliose.

I *Scoliose des adolescents.* — 1° Dans les cas sans difformité thoracique appréciable, on appliquera, dans la suspension par les pieds, un corset plâtré bien modelé, très haut, qui sera d'emblée fendu et lacé. Ce corset sera enlevé une fois par jour, une heure, pour faire du massage, des mouvements et des lotions froides. Au bout de six mois, on pourra lui substituer un corset de corsetière, fait exactement sur son modèle.

2° Dans les cas avec difformité thoracique légère, on appliquera dans la suspension par les pieds, un corset platré qui restera trois mois inamovible ; on lui substituera alors un corset plâtré amovible, placé dans la même attitude, et dont on associera l'émploi aux massages, mouvements, lotions comme précédemment. Plus tard, ici encore un corset de corsetière, fait sur le modèle du corset plâtré, complètera la cure.

3° Dans les cas avec difformité thoracique accentuée, les seuls où le traitement soit vraiment laborieux, on commencera par une étape de réduction, à l'aide de séances d'assouplissement sur la planche à plaques obliques (Collin) inventée par l'auteur, suivies de modelage manuel. Lorsque le résultat obtenu sera notable, on appliquera, dans la suspension tête en hant à l'aide de son appareil vertical de détorsion à plaques mobiles (Chazal), un corset platré englobant ces plaques. A ce premier corset on en substituera d'autres dans les mêmes conditions, tous les quinze ou vingt jours jusqu'à ce que l'attitude désirée soit obtenue. Cela demande de 3 à 6 mois. Alors, dans la suspension tête en bas, on appliquera un corset simplement contenteur, qui sera remplacé tous les 6 mois. Au bout de deux ans, on pourra placer un corset amovible, permettant d'associer à l'immobilisation vertébrale, encore nécessaire pendant un an, des séances de plus en plus énergiques de massage et d'électrisation.

Le traitement est terminé lorsque l'ankylose pathologique que ces premières étapes ont détruite, a été remplacée par une ankylose thérapeutique en bonne attitude, solide et souple.

La fixation apophysaire directe par la ligature ou les griffes suppléera à cette ankylose lorsqu'on ne pourra l'obtenir.

II. *Scoliose infantile.* — 1° A la phase aiguë, fébrile, on appliquera d'emblée, dans la suspension tête en bas, un corset plâtré inamovible qui calmera rapidement les douleurs et permettra d'obtenir, en 5 ou 6 mois, une ankylose en attitude satisfaisante.

2° A la phase chronique, avec ankylose en mauvaise attitude, le traitement sera le même que dans les cas graves de scoliose des adolescents, avec cette différence, que l'ankylose détruite a une tendance à se reproduire avec une rapidité toute particulière. D'où la nécessité de surveiller constamment les corsets, tant que l'attitude obtenue n'est pas satisfaisante, d'où aussi l'inutilité constante de la fixation apophysaire directe.

En somme, contrairement à ce qu'on dit et écrit d'ordinaire, la thérapeutique de la scoliose varie extrêmement d'un cas à l'autre et exige de la part du chirurgien non seulement de la

patience, mais encore de l'expérience et du doigté.

L'état général du sujet traité est du reste le meilleur des critériums. S'il reste ou devient médiocre, c'est qu'il y a quelque erreur dans le traitement. Il doit en effet, si les étapes de celui-ci sont prudemment et sans défaillance appropriées au cas, devenir et rester excellent, conséquence logique du fonctionnement aisé des organes thoraciques et abdominaux qu'assure l'immobilisation en bonne position.

Une nouvelle méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par le Dr C. M. Prunecék (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur propose une méthode pour les cas d'ostéo-arthrites compliqués de fistules, méthode qui est basée sur des injections, dans les trajets, d'un caustique inoffensif qui cautérise la membrane pyogène et provoque une inflammation aiguë dans les parties voisines normales. Le caustique dont il se sert est la partie inorganique du sérum sanguin à un état de concentration plus grand.

Sa composition est la suivante :

Sulfate de soude.....	1 gr. 46
Chlorure de sodium.....	16 gr. 40
Phosphate de soude....	0 gr. 50
Carbonate de soude.....	0 gr. 70
Sulfate de potasse.....	0 gr. 94
Eau.....	80 grammes

On introduit une seringue de Pravaz, munie d'une longne canule à extrémité mousse, dans une des fistules jusqu'à ce qu'on perçoive une résistance; alors on retire légèrement la canule et on pousse l'injection, qui revient bientôt à l'extérieur autour de la canule. De cette manière, la membrane pyogène est cautérisée très énergiquement et également dans toute son étendue. Après l'évacuation, on remplit de nouveau la seringue en laissant la canule en place, et après avoir bourré avec de l'ouate l'ouverture de la fistule autour de la canule, on pousse l'injection avec force.

Quand il y a plusieurs fistules, le caustique ressort par une autre ouverture. On exécute ce lavage jusqu'à ce que le liquide revienne légèrement coloré en rouge. On introduit alors la canule dans une seconde fistule et on exécute une injection dans le sens opposé Après avoir cautérisé toutes les fistules, on injecte sans bourrer les ouvertures des fistules, une solution d'éther iodoformé à 10 0/0 Ensuite on applique sur l'extrémité malade des compresses de Priessnitz et on maintient le patient au lit.

Après l'opération, le patient ressent des douleurs brûlantes mais supportables, et la région malade gonfle. Simultanément la sécrétion des fistules augmente et prend un caractère séreux. Pendant tout le temps on fait un traitement antiphlogistique.

Le premier indice certain que l'affection s'est améliorée, est l'amoindrissement de volume et le durcissement de la région provoqué par formation du tissu cicatriciel autour des foyers tuberculeux. Déjà, après la première injection on constate l'arrêt du processus tuberculeux ; mais pour la guérison complète il faut généralement répéter l'opération pendant un temps variant de 4 à 10 semaines. A l'aide de cette méthode, l'auteur a pu obtenir une cicatrisation des lésions tuberculeuses du coude et du pied, même de celles qui étaient destinées à l'amputation, chez des sujets âgés de 18 ans.

Indications de l'intervention immédiate pour plaies pénétrantes du crâne, par M. Mauclaire (*Bulletin de l'Associat. méd. mutuelle*). — A un point de vue uniquement pratique, l'auteur examine la question de l'intervention chirurgicale lorsque des balles de *petit calibre* ont pénétré dans le crâne. Ces lésions sont de beaucoup celles que l'on observe le plus souvent. Autrefois, l'abstention était la règle, une fausse notion, celle de la tolérance exceptionnelle du cerveau, régnant parmi les chirurgiens. On sait aujourd'hui que les balles elles-mêmes ne sont pas aseptiques, et qu'en outre, l'épanchement sanguin, les compressions par des esquilles osseuses, ou même un simple enfoncement de la paroi crânienne, peuvent occasionner tantôt primitivement, souvent secondairement, des accidents tels qu'hémorragies graves, irritation des méninges, avec épilepsies réflexes, accidents de méningo-encéphalite suppurée, paralysies diverses, hémiplégie plus ou moins complète par commotion encéphalique ou destruction des fibres cérébrales. L'auteur pense donc, avec la majorité des chirurgiens, aujourd'hui, qu'il faut en principe intervenir immédiatement dans toutes les plaies pénétrantes du crâne, non tant pour chercher la balle qu'on ne trouve souvent pas et qui peut être tolérée dans certaine région, telles que le rocher, mais bien pour nettoyer, drainer et mettre ainsi le blessé à l'abri de l'infection méningo encéphalique. La décompression du cerveau ou des méninges empêchera aussi, dans une opération précoce, ces accidents tardifs, épilepsies diverses, troubles mentaux, etc., contre lesquels nous ne pouvons presque rien, lorsque les lésions sont anciennes et se sont manifestées après une longue période de guérison apparente. La *radiographie*, dit-il, lui a servi à déterminer surtout le siège *extra* ou *intra*-crânien de la balle. Il faut toujours s'aider de ce moyen, surtout en l'absence de tout ren-

seignement, comme il arrive parfois quand on vous amène un malade dans le coma. Mais, et cela est démontré par une intervention inefficace dont l'A donne l'observation, il ne faut pas toujours compter sur lui, pour fournir des indications exactes sur la situation d'un projectile perdu dans un lobe cérébral. Ici la recherche trop profonde serait parfois plus grave que l'abstention. L'appareil de M. Contremoulin expérimenté à l'hôpital Necker, lui semble recommandable. Il est loin cependant de réaliser tous les desiderata, et la radiographie a donné à notre propre connaissance, de sérieux mécomptes pour des corps métalliques perdus dans l'épaisseur des tissus, aux membres. Il doit en être encore ainsi pour les zones cérébrales, ce qui doit limiter l'action chirurgicale.

La *technique* de l'intervention pour plaie pénétrante du crâne n'est pas aussi compliquée que certains chirurgiens le prétendent, la pince gouge sert à enlever les esquilles adhérentes, à régulariser la plaie crânienne et le drainage, suivi de suture partielle se fait ici comme dans toute autre région. Rappellerons-nous que chaque fois qu'un vaisseau, artère méningée ou ses branches, ou sinus cérébral pourra être lié, on donnera la préférence à ce moyen d'hémostase. Les pinces à demeure, la compression sont ensuite nos meilleures armes contre l'hémorragie.

A. Benoit.

Palpation du sinus maxillaire et opération endo-nasale de l'empyème du sinus maxillaire, par Kaspariantz (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Le procédé de diagnostic par palpation consiste à appuyer une sonde coudée à angle droit en avant du processus uncinatus ou en arrière de ce dernier pour faire sortir le pus par gouttes ou même par jet de l'orifice du sinus maxillaire.

Opération endonasale : on sectionne avec un couteau spécial la paroi du sinus maxillaire en avant et en arrière du processus uncinatus : on enlève le processus uncinatus avec un conchotome, après quoi on procède à la résection de la partie inférieure de la paroi intérieure osseuse du sinus, ainsi que de la partie moyenne du cornet inférieur avec une pince coupante spéciale.

34 cas d'opération, dont 31 guérisons complètes.

La décortication de la face, par M. Goris (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — La décortication de la face pratiquée pour la première fois par le professeur Bardenheuer de Cologne, en 1898, a pour but de créer au chirurgien une voie large vers les parties profondes du nez, sans faire aucune incision à la face. Cette opération consiste en somme à mobiliser tout le masque facial par une incision de la muqueuse de la bouche) d'une apophyse zygomatique à l'autre. Le chirurgien introduit les doigts dans les lèvres de l'incision et relève jusque sur le front le masque mobilisé, en ayant soin d'inciser la muqueuse nasale au niveau de l'échancrure nasale.

C'est cette opération que l'auteur a pratiquée huit fois, en général pour des empyèmes ethmoïdo-maxillaires, avec quelques modifications toutefois à la méthode Bardenheuer.

L'opération convient surtout aux personnes atteintes de pansinusites, de sinusites ethmoïdo-maxillaires qui ne veulent absolument pas d'incision à la face : en dehors de ces cas, les autres procédés sont moins sanglants et conviennent mieux.

La décortication ne laisse pas de traces : elle convient encore dans les cas de sinusites maxillaires obstinément récidivantes, afin d'aller à la recherche des trajets fistuleux qui sont souvent la cause des récidives.

Anastomoses intestinales et gastro-intestinales, par le Dr Doyen (XIIIe *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900.) — La méthode des sutures est, selon l'auteur, la meilleure. Il a cependant fait construire par M. Collin un œillet anastomotique à griffes, qu'il a présenté au Congrès. Cet œillet anastomotique fixe les deux parois anastomosées et ne peut tomber que dans le bout inférieur. Il a fait construire également une pince armée à glissière, qui facilite beaucoup, dans le procédé des sutures, la pose du plan profond antérieur.

Cette pince permet également de n'inciser les parois intestinales, ce qui s'effectue par un simple mouvement de va-et-vient de la glissière, qu'au moment où le plan profond antérieur est presque terminé. Sa méthode de résection de l'intestin par l'écrasement et la ligature en masse, suivie d'une double suture en cordon de bourse, comporte la création d'une anastomose latérale par l'un ou l'autre de ces procédés.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par le Pr Thomas Jonnesco (*XIIIe Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Actuellement on pratique quatre ordres d'opérations dans les kystes hydatiques du foie : 1° la ponction suivie ou non d'injections parasiticides ; 2° la marsupialisation ; 3° l'incision suivie de l'évidement et de la suture du kyste ; 4. l'énucléaton et l'extirpation du kyste. Cette dernière opération idéale est si rarement applicable qu'elle ne doit entrer en ligne de compte

que comme une intervention exceptionnelle. La ponction est à abandonner, comme incertaine et dangereuse même. La marsupialisation, vu la durée du traitement, reste une opération de nécessité, applicable aux kystes suppurés et à ceux dont l'adventice calcifiée ne permet plus la rétraction de la poche. L'opération de choix consiste dans l'incision du kyste, qu'on vide de son contenu : liquide, vésicules filles et membrane germinative ; suture et abandon de la poche sans drainage, ni capitonnage, ni fixation du kyste à la paroi abdominale. L'auteur a opéré 6 cas de toutes dimensions depuis celle du poing jusqu'à celle de 20 et 30 cent. de diamètre, toujours avec succès. L'épanchement de bile dans le kyste n'est pas une contre-indication : il a guéri un cas de ce genre. Sur une de ses opérées, il a pu, au moment d'une seconde intervention, pour un deuxième kyste, constater deux ans après le résultat de la première opération : la poche avait complètement disparu et à sa place il ne restait plus qu'une cicatrice dure accolée à la face inférieure du foie.

Splénectomie, par le Dr Thomas Jonnesco (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900.) — Depuis 1896, l'auteur a pratiqué 32 splénectomies dont 28 pour splénomégalie paludique, 3 pour splénomégalie leucémique et 1 pour kyste hydatique de la rate. Ces opérations le conduisent aux conclusions suivantes :

La splénectomie est contre-indiquée dans l'hypertrophie leucémique de la rate, alors même que l'état général et local paraissent satisfaisants. Ses trois opérés ont succombé sans autre complication que leur état leucémique.

La splénectomie est l'opération de choix dans les kystes hydatiques de la rate.

Dans la splénomégalie paludique (28 opérés, 8 morts), l'extirpation de la rate est toujours indiquée, mais en observant les contre-indications qui résultent : 1° de l'état du foie, la cirrhose atrophique surtout : 2° des adhérences pariétales trop étendues ; 3° l'ascite trop prononcée ; 4° la pleurésie ; 5° l'état général trop mauvais s'accompagnant de lésions viscérales, hépatiques ou rénales. — L'hypertrophie légère du foie, l'ascite moyennement développée, la cachexie paludique même très prononcée, l'âge de l'opéré, le volume de la rate ne constituent pas de contre-indications, de même qu'une légère leucocytose. — La splénectomie, dans ce cas, doit être pratiquée le plus tôt possible, une fois le traitement médical déclaré impuissant. L'opération est d'autant plus facile et bénigne que la rate est plus mobile ou déplaçable ; la rate fixe, même non adhérente, rend l'hémostase difficile, mais toujours possible. — Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont la congestion pulmonaire pouvant aller jusqu'à la pneumonie, la péricardite, la pleurésie, l'hémorragie locale secondaire, la péritonite, Cette dernière peut être évitée en n'employant pour la suture des pédicules que le catgut fin, suffisant pour assurer l'hémostase, surtout si chaque pédicule est lié en étages, 2 à 8 ; de cette manière l'auteur a, dans sa dernière série d'opérations, pu éviter cette complication. — Après toute splénectomie apyrétique, on observe une hypotoxicité urinaire durable, même au bout de 3 à 4 ans. — L'effet thérapeutique de l'extirpation de la rate dans l'infection palustre est excellent : les accès fébriles disparaissent, l'état général s'améliore rapidement et profondément : la cachexie paludique est enrayée et l'ascite, quand elle a existé, est définitivement guérie. — Quatre opérés revus après 4, 3 1/2, 3 et 2 ans étaient complètement transformés. — Le nombre des globules rouge augmente rapidement de 2 à 3 millions à 5 et 6 millions : celui des globules blancs après une augmentation passagère revient aux proportions normales, alors même qu'il existait une légère leucocytose pré-opératoire. En dehors de tout trouble local, la splénectomie doit être proposée comme traitement curatif de l'impaludisme, toutes les fois que la rate est sensiblement augmentée de volume, qu'elle ne cède pas au traitement médical, et que l'infection palustre continue à se manifester malgré le traitement médical, et cela pour éviter les lésions graves du foie, la cachexie paludique et la production d'adhérences trop étendues.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

L'atropine contre l'hyperchlorhydrie, par le Dr Antonio Storet (*Revista de Ciencias Medicas de Barcelone*, Nos 6 et 7, 1900). — Les conclusions du consciencieux travail de l'auteur sont les suivantes :

1° L'hyperchlorhydrie n'est pas une entité morbide mais seulement un phénomène qui accompagne plusieurs états morbides de l'estomac et d'autres organes.

2° Elle est due à une lésion anatomique qui se développe dans n'importe quel endroit de l'appareil secréteur du suc gastrique et qui quand elle réside dans les glandes pepsiques est de nature congestive d'abord et inflammatoire ensuite.

3° L'atropine administrée avant les repas, produit comme premier effet constant et caractéristique, la diminution de la secrétion du suc gastrique, mise en évidence par la diminution de la quantité d'acide chlorhydrique libre et du chlore combiné aux substances albuminoïdes. Par conséquent, cet alcaloïde doit être considéré comme modérateur de la secrétion gastrique.

4° Cette action se manifeste toujours quel que soit l'état anatomique de la muqueuse gastrique.

5° Après un temps variable (deux et six jours) à compter depuis l'administration de la première dose d'alcaloïde, les effets modérateurs s'annihilent et le taux de l'acide chlorhydrique libre remonte bientôt au chiffre primitif.

6° La voie hypodermique ou stomacale est indifférente à condition que le pouvoir absorbant de l'estomac ait conservé son intégrité.

7° La dose appropriée pour que le sulfate d'atropine produise son action est, en général, d'un demi milligramme administré trente minutes avant les repas. Quand la secrétion chlorhydrique est très exagérée, cette dose peut ne pas suffire et peut être augmentée en proportion à l'intensité de l'hyperchlorhydrie.

8° Pendant le cours de la médication, surviennent des modifications de nature sensitive et motrice désagréables, qui dans quelques cas obligent de susprendre l'atropine.

9° Ces expériences démontrent en définitive qu'on doit laisser de côté l'atropine dans le traitement de l'hyperchlorhydrie.

F. Berini.

Les fonctions stomacales avant et après la gastro-entérostomie, par Ch. Fisher (New-York) (*Med. Record*, 8 septembre 1900). — Le travail auquel l'auteur s'est livré a pour but d'éclairer la discussion toujours ouverte sur les effets du traitement chirurgical dirigé contre certaines maladies chroniques de l'estomac d'un caractère bénin. Les malades ont été suivis plusieurs mois avant et plusieurs mois après la gastro-entérostomie. Il est indispensable en effet de comparer les troubles qui conduisent à l'opération et les résultats obtenus. On a soigneusement étudié avant et au moyen l'opération le contenu de l'estomac après des repas d'épreuve, surtout au point de vue de la teneur en acide chlorhydrique.

Les troubles gastriques sont-ils primitifs et le spasme pylorique secondaire, comme le veulent Bouveret, Fleischer, Riegel, Pick, partisans de la *théorie nerveuse*, ou l'ordre inverse se produit-il, ainsi que le soutiennent Hayem, Roux, Robin, Doyen, peu importe, si l'on se contente d'étudier les effets. Il faut cependant noter les travaux de Jaworski, Cohnheim, Einhorn et Hemmeter, qui peuvent expliquer la persistance de certains symptômes après l'opération. En effet, ce qui résulte des observations du chirurgien américain, c'est l'opiniâtreté des sécrétions gastriques après la gastro-entérotomie, sécrétions qui ne se modifient guère jusqu'à deux années après l'intervention dans quelques cas et se font dans le même sens qu'avant l'opération. Il se ferait d'après les travaux sus-cités, une véritable prolifération des cellules gastriques, dans tous les cas d'*hyperacidité*, elle-même connexe de l'hypersécrétion. Boas parle d'une gastrite proliférante ; Hayem, d'une gastrite parenchymateuse hyperpeptique chloro-organique. Lorsqu'il y a au contraire *subacidité* stomacale, allant jusqu'à l'anachlorhydrie, quelle qu'en soit la cause bien nerveuse, ou inflammatoire avec processus atrophique, on a vu cet état persévérer de longs mois après l'opération. Or, la persistance de ce symptôme ne peut plus être mise sur le compte d'une stagnation alimentaire suivie d'irritation, puisque l'organe se vide rapidement et d'une manière complète. La seule conclusion à tirer de ces faits, c'est que les modifications hypertrophiques ou atrophiques de la muqueuse stomacale suivent un processus de longue durée qui peut survivre à l'opération et même, comme certains faits le démontrent, s'accroître dans les mois qui la suivent. Quels sont donc les résultats immédiats et durables de la gastro-entérostomie appliquée à ces cas? L'auteur de ce travail a noté chez presque tous ses malades un soulagement notable des symptômes douloureux succédant à l'opération et, plus tard, la diminution de la dilatation stomacale avec le retour de la motilité de l'organe. Enfin chez beaucoup, le poids du corps augmente et une amélioration de la santé générale a été notée.

Ceci est un effet rationnel qui peut être mis justement sur le compte de la régularisation des fonctions intestinales.

A. Benoit.

Traitement par l'acide chromique des maladies inflammatoires et ulcéreuses de la muqueuse buccale chez l'homme, par le Dr Jarre (XIIIe *Congrès int. des Sc. méd.*, Paris 1900.) — 1° Le traitement par la cautérisation à l'acide chromique des lésions inflammatoires et ulcéreuses aiguës (stomatites, glossites, gingivites,

accidents muqueux dus à l'éruption des dents de sagesse, ulcérations traumatiques, plaques muqueuses, aphtes, diphtérie, etc.) de la muqueuse buccale chez l'homme donne des résultats locaux et des résultats généraux tout à fait remarquables;

2° Les résultats locaux consistent dans la suppression presque immédiate des phénomènes douloureux, dans l'arrêt de la marche envahissante de la maladie et dans une prompte guérison;

3° Les résultats généraux comprennent la régression rapide des engorgements ganglionnaires (stomatites infectieuses, diphtérie, etc.), et la suppression des infections secondaires;

4° La cautérisation par l'acide chromique appliquée au traitement des affections chroniques de la muqueuse buccale donne des résultats variables suivant qu'il y a ou non ulcération. — Dans les affections chroniques non ulcérées (leucoplasie bucco-linguale, glossite scléreuse, etc.), les applications du caustique paraissent n'apporter aucune modification notable à l'état local; dans les affections chroniques ulcérées (ulcères des gingivites chroniques, de la tuberculose, du tabès, etc.), les cautérisations amènent, au contraire, une modification constante dans l'état local et la guérison après une série plus ou moins longue d'applications;

5° L'acide chromique doit être employé chimiquement pur et en solution concentrée. De plus, son application doit être suivie d'un lavage immédiat destiné à limiter l'action du caustique aux couches superficielles des tissus.

Traitement des hémorroïdes par le naftalan *Deutsche med. Wochenschrift*, 27 septembre 1900). — Rauch ayant traité des hémorroïdes compliquées d'eczéma suintant et d'excoriations de la muqueuse rectale par des pommades au naftalan obtint des résultats très satisfaisants : l'épidermisation fut rapidement obtenue et les bourrelets hémorroïdaires eux-mêmes diminuèrent notablement de volume. Ce succès l'engagea à traiter tous ses hémorroïdaires par des suppositoires au naftalan. Les expériences ont porté sur les cas les plus variés (hémorroïdes internes et externes, avec ou sans hémorragies, etc), et ont démontré que le naftalan présente une action topique très marquée, se manifestant par une vasoconstriction d'abord passagère, puis durable qui peut amener une disparition complète des bourrelets de petit volume. En outre, on constate un effet analgésique très apprécié des malades, plus marqué quand la masse du suppositoire est consistante (beurre de cacao 1 gr. 5, cire blanche 0 gr. 5, naftalan 0 gr. 4).

E. Vogt.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Traitement de la tuberculose pulmonaire, par Cervello (*XIIIe Congrès int. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Après avoir étudié l'action de l'iode sur la fièvre des phtisiques, l'auteur a porté son attention sur l'aldéhyde formique, qui, par ses propriétés physiques et chimiques, devait, *à priori*, se trouver merveilleusement adaptée au but qu'il se proposait.

Ce corps a déjà été essayé dans la tuberculose pulmonaire, mais tous les essais avaient été infructueux, la technique ne permettant pas encore de la faire tolérer aux malades en quantité suffisante.

C'est pourquoi l'auteur s'est appliqué tout d'abord à changer les conditions de technique.

Ses recherches ont subi plusieurs phases qu'il passe sous silence.

Pour régulariser la production de cet aldéhyde formique, il a construit un appareil spécial auquel il a donné le nom de Vaporogène et qu'il a précédemment décrit.

Grâce à cet appareil, il est possible de maintenir dans l'atmosphère ambiante du malade, les proportions voulues entre les quantités d'aldéhyde formique et l'air atmosphérique.

L'intolérance diminua aussitôt, mais l'auteur jugeant le résultat encore insuffisant dirigea ses efforts vers la recherche d'associations médicamenteuses plus favorables.

Enfin, après de longues et dispendieuses recherches, il réussit à établir l'association désirée qu'il désigna sous le nom d'*igazol*.

Il a considérablement modifié et perfectionné ce produit depuis sa première communication du 29 avril 1899 à l'Académie Royale de Palerme et celle du 24 mai de la même année du Congrès de la Tuberculose de Berlin.

Les substances qu'il associe au trioxyméthylène sont : l'hydrate de chloral, la terpine et l'iodoforme. On sait en effet que ces trois substances se volatilisent au-dessous de 100° sans subir d'altération.

Quant aux résultats cliniques, il passe sous silence les nombreux cas favorables observés en Italie et à l'étranger pour se contenter de signaler les résultats obtenus dans la section des phtisiques à l'hôpital civil de Palerme.

Voici les chiffres publiés par les médecins attachés à cette section hospitalière :

Sur 55 cas de tuberculose pulmonaire, soignés dans une période de 15 mois, à l'hôpital de la Guadania de Palerme, 15 malades ont été complètement guéris, 14 étaient presque guéris au moment de la publication de cette statistique et 10 améliorés. Il faut citer, d'autre part, 5 cas aggravés, 1 stationnaire et 10 qui se sont terminés par la mort.

Par conséquent, sur 55 malades, 39 fois l'action de l'igazol est allée de l'amélioration à la guérison.

La proportion des guéris et des presque guéris étant de 29 sur 55 dépasse donc 50 0/0.

Les résultats ont, suivant l'auteur une valeur d'autant plus grande qu'il s'agit de malades placés dans des conditions hygiéniques défavorables, comme celles d'un hôpital n'ayant pas été construit pour une destination spéciale.

L'auteur rappelle en terminant que si, dans certains cas graves, l'igazol n'amène pas la guérison, il prouvera toujours son efficacité en ralentissant l'évolution de la maladie et en prolongeant ainsi l'existence du malade.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales d'huiles essentielles, par M. J. Hobbs (XIIIe *Congrès de Médecine*, Paris, 1900). — Actuellement, on peut dire que le traitement de la tuberculose est tout entier résumé dans cette formule du grand air et de la bonne nourriture. Déçus par les insuccès de toutes les tentatives thérapeutiques faites jusqu'ici, les praticiens semblent se croiser les bras et en attendant le sérum ou le vaccin antituberculeux, on est bien forcé de reconnaître que la formule énoncée plus haut n'est pas applicable à tous les malades, en particulier à ceux de l'hôpital. Aussi doit-on chercher toujours, essayer toutes les méthodes nouvelles, capables de soulager seulement les malades. La pratique des injections médicamenteuses dans les poumons par la voie trachéale n'est pas nouvelle. Elle a été remise, l'année dernière, en question par Mendel, qui a eu la bonne idée d'incorporer à l'huile d'olive des essences (thym, cannelle, eucalyptus) dont les propriétés antiseptiques sont connues.

Ces injections sont faciles à faire, ne nécessitent pas d'éclairage par le miroir laryngé, pas de cocaïnisations de la gorge. Il est facile de se convaincre que l'on a suivi la bonne voie quand on ne note pas de mouvements de déglutition du malade ; en auscultant, on entend dans les parties malades des râles et même des gargouillements produits par le passage du liquide.

L'auteur a ainsi traité 20 malades au 2e ou 3e degré ; 8 sont morts, c'est-à-dire que la méthode ne guérit pas les tuberculeux avancés ; mais tous en ont tiré un bénéfice plus ou moins prolongé.

L'expectoration diminue de suite considérablement ; les crachats perdent leur aspect verdâtre (disparition des microbes chromogènes), leur odeur fétide (disparition parfois complète des microbes accessoires).

Chez quelques malades l'auteur a vu la fièvre tomber, l'appétit se relever, le poids augmenter. Un malade traité en ville depuis 9 mois, jouissant d'une bonne hygiène, a retiré du traitement des avantages considérables : les lésions restent stationnaires, le poids s'est élevé de 6 kilos et pendant près de 3 mois, on ne retrouvait pas de bacilles de Koch dans ses crachats.

Ce traitement qui ne peut avoir les prétentions d'être spécifique n'est pas à négliger. Il permet tout au moins de lutter efficacement contre les infections secondaires de la tuberculaire pulmonaire dont tout le monde reconnait le rôle néfaste.

Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par les inhalations antiseptiques de menthol bromo-formolé, par P. Lacroix (*XIIIe Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur présente au Congrès une série d'observations cliniques. Elles montreront les résultats qu'il a obtenus depuis 4 ans en appliquant à 475 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire cette nouvelle méthode thérapeutique.

Le procédé consiste en inhalations d'un gaz médicamenteux antiseptique obtenu en faisant passer un courant d'air au travers d'un mélange chauffé en vase clos, de menthol, formaldéhyde et bromoforme. Expérimentalement, in vitro, ce gaz composé stérilise le pus et détruit la virulence du bacille de Koch. Pratiquement, il peut toujours être respiré avec avantage, car il est parfaitement toléré et le laryngoscope montre qu'il agit toujours favorablement sur les voies respiratoires. En clinique il pénètre par l'inspiration physiologique dans les cavités laryngo-bronchiques qu'il désinfecte dans toutes leurs parties perméables.

Sur les 475 observations concernant cette méthode que l'auteur possède actuellement, un certain nombre sont particulièrement intéressantes. Il y a, en premier, 95 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire à leur début dont la guérison a été obtenue et maintenue par les inhalations antiseptiques de menthol bromo-formolé aidées uniquement d'une hygiène appropriée. Puis deux cas d'ulcérations bacillaires du larynx qui se sont cicatrisées sous l'influence du même traitement, alors qu'elles étaient restées rebelles aux autres médications. Il

signale également un foyer de craquements *secs* qui a guéri par un traitement d'un mois.

Après avoir énuméré ces succès et pour préciser nettement les indications de la méthode, l'auteur fait remarquer que l'efficacité de cette dernière s'atténue notablement à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection laryngée ou pulmonaire. Lorsque l'infiltration de la muqueuse laryngée a gagné en épaisseur, lorsque des craquements ou des râles humides sont apparus dans la poitrine, le gaz antiseptique ne vient plus aussi directement au contact des lésions. Fatalement, il cesse d'être curatif au même degré quoiqu'il soit encore possible, parfois d'accroître son action de la manière suivante : en injectant de l'huile gaïacolée sous la peau pour favoriser l'expulsion des crachats et permettre au gaz d'arriver plus directement au contact des tubercules.

De même les formes rapides, aiguës de la tuberculose pulmonaire, les phtisies galopantes qui évoluent en quelques mois sont au-dessus des forces de cette médication comme de toutes les autres d'ailleurs sans exception.

En un mot, la méthode des inhalations antiseptiques et calmantes de menthol bromo-formol est un traitement de premier ordre lorsqu'il est prescrit : 1° tout à fait au début de l'infection bacillaire du larynx ou du poumon, alors que la muqueuse laryngée est envahie superficiellement et les alvéoles pulmonaires encore perméables, 2° lorsqu'il s'adresse à la tuberculose acquise, à marche essentiellement chronique et lente dans laquelle le bacille joue un si grand rôle.

Les injections intra-trachéales dans les affections trachéo-bronchiques et pulmonaires par Fiset (*Le Bulletin Médical de Québec*, août 1900). — Les inhalations et les pulvérisations sont impuissantes à atteindre les ramifications de l'arbre bronchique et sont avantageusement remplacées par les injections trachéales.

Dès 1838, Green avait déjà employé ce mode de traitement et avait traité en quelques années 106 malades dont 70 tuberculeux. Un tiers des malades avait été guéri et les autres, sauf 7, améliorés. M. Fiset a soigné en 4 ans, 97 malades par les injections trachéales ; à chacun d'eux il a été fait une moyenne de 7 à 8 injections de moins d'une demi-once de solution.

Les médicaments que l'on peut employer sont le menthol 2 à 10 0/0, le gaïacol à 2 0/0, le térébène à 3 0/0, l'eucalyptol 1 à 3 0/0, l'ichthyol 10 0/0, l'europhène, le phénol, l'acide lactique 1 0/0 : comme véhicule l'auteur emploie les huiles hydrocarbonées en tête desquelles on doit placer l'albolène.

L'injection intra-trachéale a pour effet de faire disparaître presque complètement la toux et l'anxiété respiratoire, de diminuer l'expectoration et d'en enlever la fétidité, enfin d'abaisser la température.

Sur 38 tuberculeux, 17 ont été complètement guéris et cependant 5 étaient déjà à la période de ramollissement ; les 27 autres malades ont été plus ou moins améliorés.

A noter que les injections sont beaucoup moins efficaces chez les tuberculeux atteints de diarrhée ou de toute autre manifestation extra-pulmonaire.

A. Courtade.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

24 résections intracraniennes du trijumeau et leurs résultats., par le Pr Fedor Krause (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — La résection intracrânienne des branches du trijumeau ne donne pas sûrement de succès ; c'est pourquoi, quand il semble indiqué d'ouvrir le crâne, l'extirpation du ganglion de Gasser et du tronc du trijumeau doit être faite. Krause a exécuté cette opération 24 fois chez des malades âgés de 30 à 72 ans et a employé toujours la méthode temporale, qu'il a créée en 1892. Une femme de 58 ans extrêmement épuisée mourut de collapsus, un homme de 72 ans mourut le sixième jour après l'opération par sclérose des artères coronaires et insuffisance du cœur, alors que la blessure était fermée par première intention et sans fièvre.

Parmi ceux qui ont été opérés les premiers et qui ont survécu se trouvent encore une femme âgée de 75 ans et un homme de 62 opérés il y a 7 ans 1/2, une femme âgée de 76 et une de 53 opérées il y a 6 ans, une femme âgée de 42 opérée il y a 5 ans et une femme âgée de 50 opérée il y a 4 1/4 ans. Tous ces malades sont restés sans douleurs jusqu'à présent.

Les succès de l'opération malgré le danger qu'elle présente, sont très grands, car les cas les plus graves de névralgie sont très souvent accompagnés de souffrances si terribles, qu'ils poussent au suicide.

La résection du sympathique cervical, par Thomas Jonnesco (XIIIe *Congrès intern. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Depuis 1896, l'auteur a pratiqué 126 sympathectomies cervicales bilatérales; totales, comprenant les trois ganglions subtotales (ganglion supérieur et moyen) ou partielles n'enlevant que le ganglion supérieur. Dans deux cas il a enlevé même le premier ganglion thoracique. Il a opéré de cette façon : 97 épileptiques, 15 goitres exophtalmiques, 12 glaucômes et 2 cas de migraines essentielles.

L'auteur a sensiblement modifié la technique : il évite la section du plexus cervical superficiel et le nerf spinal. Il pratique la résection bilatérale en une seule séance.

La bénignité de l'opération est absolue. Il n'y a pas de suites tardives fâcheuses; toutes les craintes de troubles trophiques ou autres ne sont pas fondées.

Les résultats thérapeutiques ont été excellents : Sur 97 *épileptiques*, il a opéré : 13 en 1896 et a obtenu : 3 guérisons durables définitives, 1 amélioration, 4 insuccès, 5 opérés ont succombé depuis. En 1897, sur 17 opérés : 6 guérisons, 2 améliorations, 5 insuccès, 4 résultats inconnus. En 1898 : 19 opérés : 3 guérisons, 1 amélioration, 5 insuccès, 10 résultats inconnus. En 1899 : 27 opérés : 2 améliorations, 1 insuccès et 24 résultats inconnus. En 1900 : 21 opérés : 1 guérison, 2 améliorations, 1 insuccès et 17 résultats inconnus. On ne peut regarder comme résultats définitifs que ceux qui datent d'au moins deux ans : ainsi sur 49 opérés de 1896-98, 12 guérisons et 4 améliorations constituent un excellent résultat. Il ne faut pas parler d'insuccès ou de succès dans les premiers temps qui suivent l'opération, car le résultat peut se modifier totalement avec le temps : tel succès immédiat devient un insuccès dans la suite et inversément.

Sur les 15 *goitres exophtalmiques* : 2 ont été opérés en 1896 ; 3 en 1897, 5 en 1898, 2 en 1899, et 3 en 1900. Tous les malades ont été guéris ou profondément améliorés. La guérison consiste en modification de l'état général et nerveux, disparition de l'exophtalmie et du goitre, disparition de la tachycardie. Cette guérison durable obtenue chez 6 malades depuis 1896, 1897 et 1898; les autres quatre opérés de cette série présentaient du Basedowisme secondaire ou des formes graves, ils ont été très améliorés mais non guéris. Il ne sera pas question des cas récents opérés en 1899 ou en 1900, ils ne peuvent être jugés d'une façon définitive qu'après un temps plus long, deux ans au moins.

Les résultats obtenus dans les 12 cas de *glaucôme* seront communiqués à la section ophtalmologique, cette opération a été largement adoptée par les spécialistes et les résultats sont des plus encourageants.

Dans les deux cas de *migraine* les résultats immédiats sont excellents, mais ils sont trop récents pour pouvoir parler de résultats définitifs.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

Résultats obtenus dans 60 cas d'otite moyenne chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien, par Aristide Malherbe (XIIIe *Congrès int. des Sc. méd.*, Paris 1900). — M. Malherbe présente les résultats de 60 évidements pétro mastoïdiens qu'il a pratiqués dans des cas d'otites moyennes chroniques sèches.

Dans 41 de ces cas, il s'agissait de scléroses secondaires à des tubo-tympanites catarrhales ou à des suppurations de l'oreille moyenne. Les résultats correspondants ont toujours été très bons.

Les 19 autres cas se rapportaient à des scléroses primitives. Ici les résultats ont varié suivant le degré de participation du labyrinthe; ils ont été 2 fois très bons, 6 fois bons, 6 fois médiocres, et 5 fois négligeables. Ces cinq derniers cas présentaient un degré avancé de sclérose labyrinthique.

L'auteur confirme les contre-indications qu'il avait formulées l'an dernier au Congrès de Londres, et qui sont données par l'étude de la conductibilité crânienne.

L'amélioration fonctionnelle post-opératoire augmente pendant un certain temps; puis elle paraît se maintenir à peu près stationnaire.

Parmi les malades, 5 ont été opérés successivement des deux oreilles. Les résultats ont été chez eux aussi satisfaisants d'un côté que de l'autre. La question du second évidement peut se poser dès que le malade est complètement rétabli de sa première opération.

M. Malherbe apporte quelques notions nouvelles relatives à la division des otites moyennes chroniques sèches. Ces notions résultent des constatations anatomo-pathologiques faites au cours des opérations, et elles concordent avec les données de la clinique.

Il partage tout d'abord les otites moyennes chroniques sèches en deux grandes classes :

1° les *tubo-tympanites interstitielles hypertrophiques*, affections résultant de lésions catarrhales par propagation salpingienne; et 2° les *antro-tympanites scléreuses atrophiques*, qui comprennent les maladies nées dans la caisse et dans l'antre et évoluant immédiatement vers la sclérose.

Il signale de plus l'existence de tubo-tympanites d'origine nasale, qu'il appelle *rhino-salpingites*, par opposition aux tubo-tympanites d'origine pharyngienne auxquelles il réserve le nom de *pharyngo-salpingites*. A côté des cas nets de l'une et l'autre de ces deux formes, il y a les cas mixtes de *pharyngo-rhino-salpingites*.

Enfin, dans la grande classe des scléroses primitives, il décrit, à côté de la *tympanite sclérémateuse d'emblée*, un type congénital de sclérose précoce et rapide, à peu près spécial au sexe féminin, et auquel il donne le nom de *tympanite adhésive précoce*.

La communication se termine par quelques conclusions et par un tableau résumé des résultats opératoires.

Indications pour le traitement opératoire des otites moyennes purulentes chroniques, par le Dr Théodore Heiman (*XIIIe Congrès internat. des Sciences Médicales*, Paris, 1900). — Les contestations au sujet de la méthode thérapeutique dans les otites moyennes purulentes chroniques n'ont pas encore pris fin, vu la variété des affections de l'oreille moyenne, amenant la suppuration, ou leur localisation dans la caisse et les cavités avoisinantes, et vu la résistance diverse des individus aux affections purulentes dans l'appareil auditif.

Il est hors de doute qu'il existe une série d'otites moyennes purulentes chroniques qui disparaissent elles-mêmes après un certain temps, sans aucun traitement, ou bien à la suite du traitement pharmaceutique. D'un autre côté, il y a une grande quantité des suppurations de l'oreille moyenne qui résistent à tout traitement conservatoire et chirurgical. Par ces raisons, et par d'autres il faut commencer le traitement des otites moyennes purulentes chroniques par la méthode conservatrice, excepté le cas où il y a des indications directes pour l'intervention chirurgicale. — C'est lorsque la méthode non sanglante reste sans résultat, qu'on peut entreprendre le traitement par la voie chirurgicale. Il faut spécifier, qu'il ne saurait être question des opérations chirurgicales faites par le conduit auditif externe, dont les indications exactes se trouvent dans chaque manuel otiatrique; l'auteur vise principalement les opérations qui consistent à ouvrir l'apophyse mastoïde et toutes les cavités de l'oreille moyenne, c'est-à-dire l'opération radicale.

Toutefois ayant admis en principe, que les otites moyennes purulentes, qui peuvent avoir des suites impossibles à calculer d'avance, doivent être guéries, il faut par cela même reconnaître aussi le bien fondé du traitement par opération. Dans les cas où on a des données, basées sur le tableau clinique et sur des changements anatomiques indiquant qu'il ne peut être question de guérison par la voie conservatrice, la méthode non sanglante appliquée pendant des mois et même des années, sera sans résultat, et elle ne peut être justifiée.

Quant aux indications spéciales, les auteurs ne sont pas encore d'accord. Les uns tâchent de restreindre les indications; les autres au contraire, élargissent trop leurs limites.

Lorsqu'il s'agit de traiter par opération les otites moyennes purulentes chroniques. il faut considérer, comme la première étape, l'extraction de deux premiers osselets par le conduit acoustique externe, mais les indications de cette opération sont restreintes de jour en jour, parce que la carie isolée des osselets est très rare; les parois osseuses de l'oreille moyenne sont ordinairement atteintes en même temps. Cependant on ne peut nier, qu'on obtienne parfois une guérison complète des suppurations chroniques par cette opération.

Schwartze a eu, avant tout, le mérite d'introduire le traitement opératoire des otites moyennes purulentes chroniques par ouverture de l'apophyse mastoïde, quoique cette opération ait été pratiquée déjà dans la première moitié du XVIIIe siècle, par J.-L. Petit, puis après discréditée entièrement pour de nombreuses années. Küster et principalement Zaufal et Stacke ont développé cette opération, parce que on se convainquit avec le temps qu'elle n'était pas suffisante dans bien des cas. Outre l'ouverture de l'apophyse mastoïde, Küster préconisait l'ablation fondamentale de la paroi postérieure du conduit acoustique externe, Zaufal et Stacke ont fait une grande cavité unique du conduit acoustique externe, de la caisse, de l'antre mastoïdien et du récessus épitympanique (l'opération radicale).

Stacke a tâché d'ériger un principe général préconisant l'opération radicale, à savoir, qu'elle est indiquée lorsqu'on a constaté la suppuration chronique incurable de l'attique, de l'antre mastoidien et de l'aditus, suppuration dépendant du cholestéatome, de la nécrose, de la carie des os, de l'inflammation granuleuse des os ou bien de l'affection des parois osseuses à divers degrés. On ne peut jusqu'à présent englober tous les cas dans une formnle unique.

Sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et de l'opération radicale, on a beaucoup discuté au dernier Congrès international otologique de Londres (Politzer, Luc, Vinapp, Macewen, Barr, Brieger, Jansen, etc.), mais les discussions n'ont pas amené de résultats positifs en tous points. Presque chez tous les auteurs a cependant prévalu l'idée qu'il ne faut pas trop se hâter avec l'opération. Il est hors de doute, que là où il y a menace de complications du côté de la cavité crânienne ou d'infection générale, et principalement là où les symptômes de ces complications se sont déjà fait jour, l'opération est absolument nécessaire et sous ce rapport il ne peut y avoir d'avis différents. — L'opération est aussi nécessaire dans le cholestéatome, dans la carie des diverses parties de l'os temporal, qui ne cède pas vite sous l'influence du traitement par le conduit acoustique externe, dans le cas de rétention de pus ; lorsqu'il existe une infiltration douloureuse de l'apophyse ou des fistules osseuse, des d'abcès congestifs et enfin dans la tuberculose de l'os temporal, si l'etat général du malade était à part cela normal. Dans toutes ces circonstances l'opération est préventive, prophylactique. Doit-on pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde ou l'opération radicale ? Cela dépend des dimensions et de la localisation du processus morbide.

Dans les otites moyennes purulentes chroniques, lorsque nous n'avons pas tous les symptômes énoncés, ou qu'il existe une suppuration rebelle ou récidivante, l'ouverture de l'apophyse mastoïde ou l'opération radicale est indiquée.

Dans ces cas, il n'y a toutefois pas lieu de se hâter de pratiquer l'opération, parce que les malades peuvent guérir par des remèdes pharmaceutiques. L'opération est contre-indiquée dans les cas où la suppuration dépend exclusivement d'un processus morbide de la muqueuse tympanique.

Il est souvent impossible d'indiquer la durée du traitement conservateur dans les cas d'otites moyennes purulentes chroniques n'exigeant pas l'intervention immédiate de la chirurgie ; il faut laisser la solution de ce point à l'expérience du médecin : dans la plupart des cas, tout dépend du tableau otoscopique de l'oreille.

Traitement chirurgical de la sclérose otique, par Ricardo-Botey (XIIIe *Congrès int. de méd.*, Paris, 1900). — Le Dr R. Botey est convaincu que la sclérose otique est une tropho-névrose et que ses lésions sont disséminées la plupart du temps à la fois dans l'oreille moyenne et dans le labyrinthe, quoique ces dernières paraissent insignifiantes et que nos moyens d'investigation n'aient pas toujours établi que de tels troubles nutritifs aient dépassé les confins de la caisse. En d'autres termes, Botey croit que la sclérose de l'oreille est une *pan-otite* qui se cantonne de préférence sur certains points, selon les hasards pathologiques.

Néanmoins il a essayé de guérir ou d'améliorer la surdité par otite sèche au moyen des diverses interventions chirurgicales exécutées dans les derniers temps, et le résultat de son expérience est contraire dans la plupart de ces cas à la chirurgie intratympanique.

Voici d'ailleurs ses conclusions :

1° Dans l'otite sèche, pour avoir le droit d'essayer le traitement chirurgical, malgré son inefficacité presque constante, il faut que la perception de la montre soit conservée, que le Rinne soit négatif, le Weber latéralisé du côté malade et que la perforation du tympan améliore, si peu que ce soit, l'audition.

2° On peut, quand le conduit est étroit et courbé exécuter la perforation permanente du tympan, mais quoique l'on obtienne quelquefois une légère amélioration de l'ouïe, au bout de deux ans, en supposant que les brides et diaphragmes ont été détruits, le malade redevient aussi sourd qu'avant l'opération.

3° La mobilisation de l'étrier dans l'otite sèche est une intervention complètement inutile, car l'amélioration obtenue, quand il y en a, est toujours transitoire. Elle est uniquement justifiée après les suppurations de l'oreille et même dans ces cas cette amélioration consécutive à la rupture des adhérences de l'étrier avec les alentours de la niche de la fenêtre ovale, n'est pas toujours très grande et définitive.

4° L'extraction du marteau, de l'enclume ou de la membrane, peut parfaitement être exécutée par le conduit quand celui-ci est large. Les résultats obtenus sont la plupart du temps, médiocres ou insignifiants dans l'otite sèche, en définitive à peu près nuls la première année écoulée. Ils peuvent avoir même pour conséquence une aggravation de la surdité.

5° La mobilisation profonde de l'étrier peut être exécutée sans l'opération de Stacke. Il suffit d'enlever par le conduit une portion du mur de la logette. Dans l'otite sèche, les résultats obtenus par cette opération sont le plus souvent médiocres et rarement durables.

6° L'extraction de l'étrier, malgré les grandes espérances conçues, est une mauvaise opération. Les résultats en sont, dans l'otite sèche, presque toujours nuls.

7° Le traitement chirurgical de l'otite sèche, est une fausse route par où s'est engagée l'otologie moderne ; comme il s'agit probablement d'une tropho-névrose diffuse et *pan-otitique*,

tous les moyens employés pour modifier les organes de transmission des ondes sonores vers le labyrinthe ne peuvent empêcher que celui-ci presque toujours malade ou en train de le devenir, ne soit de plus en plus affecté.

8° Les expériences sur les animaux que l'auteur a entreprises ne sont pas du tout applicables à l'homme, car chez ceux-là le labyrinthe est intact, tandis que chez l'homme il est presque toujours plus ou moins affecté, quoique les moyens d'investigation, encore imparfaits, ne permettent pas toujours de le démontrer.

9° Ces mêmes expériences entreprises par l'auteur en 1890, démontrèrent déjà presque à l'avance l'inutilité du traitement chirurgical de la sclérose de l'oreille, puisqu'en excitant quelque peu les alentours de la fenêtre ovale, la platine de l'étrier s'ossifiait complètement, se soudait à la fenêtre ovale et celle-ci se rétrécissait par épaississement et ossification de sa niche, consécutivement à la propagation à distance d'une inflammation interstitielle de la muqueuse.

10° Le fait étant presque acquis que la sclérose otique est une tropho-névrose, avec formation de substance conjonctive et osseuse, principalement dans la capsule labyrinthique, aux alentours de la fenêtre ovale, dans le canal cochléaire et même dans les spires du limaçon, les terminaisons névro-épithéliales du nerf acoustique étant plus ou moins malades, le traitement chirurgical de l'otite sèche est d'une utilité nulle, ou tout au plus douteuse, dans presque tous les cas.

Sur les bons effets du massage tympanique manométriquement constaté par le malade, dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne, par le Dr Suarez de Mendoza (XIIIe *Congrès intern. des Sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur fait connaître les bons résultats qu'il obtient dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de la caisse, par l'emploi du massage manométriquement gradué et contrôlé par le malade.

Après avoir employé pendant 8 ans le massage sous le contrôle direct du médecin, en faisant de courtes séances, il a soumis depuis 5 ans, les malades aux longues séances de 15 à 20 minutes sous leur propre contrôle, et sur plus de 150 malades ainsi soignés, il a constaté que le soulagement obtenu par eux était ainsi beaucoup plus grand.

S'il s'est décidé à communiquer ces faits, c'est parce qu'il croit que les malheureux sclérosés, tourmentés par les bourdonnements plus encore que par la surdité ont plus à gagner à l'emploi *longtemps continué* du massage manométrique que par des grandes interventions chirurgicales desquelles, après en avoir tâté une douzaine de fois, il est complètement revenu.

Traitement des sinusites maxillaires ethmoïdales et frontales, par M. Vacher (*XIIIe Congrès Internat., des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'empyème des cellules ethmoïdales existe rarement seul, on l'observe presque toujours lié à une sinusite frontale. Dans un certain nombre de cas le sinus sphénoïdal est pris en même temps.

Les malades porteurs de ces lésions se divisent en deux classes : ceux qui acceptent l'opération par la voix externe, ceux qui ne veulent qu'un traitement endo-nasal. Ces derniers, qui comprennent presque toutes les femmes, sont les plus nombreux. L'auteur ne veut parler que de cette catégorie. Le traitement des empyèmes ethmoïdo-fronto-maxillaires est d'autant plus difficile que le nez est plus étroit. Le premier but à atteindre est de se faire du jour le plus possible, sans cela, aucun traitement chirurgical sérieux. ne pourrait être entrepris. Il faut un excellent éclairage frontal direct; faire sauter le cornet inférieur; enlever la partie antérieure du cornet moyen, soit à l'anse froide, soit à l'anse chaude, soit à la pince de Grunwald, couper sans torsion, sans arrachement, sous peine de désordres éloignés et de complications vers la base du crâne.

Prudence et lenteur sont nécessaires; séances espacées de manière à permettre au malade de se remettre de l'ébranlement, de la douleur, de la perte sanguine. Il faut obtenir le curetage du méat moyen, ouvrir chaque cellule, rompre à la pince les cloisons. Le but à atteindre est de transformer toutes les cellules en une seule cavité facilement accessible aux badigeonnages, aux irrigations bi-quotidiennes. S'il y a complications de sinusite frontale, il faut sonder, irriguer ce sinus, élargir son entrée autant que possible pour en modifier la surface avec des instillations caustiques.

Si le sinus maxillaire est pris et que le malade se refuse à son curetage par la fosse canine il faut aussi transformer ce sinus en une cavité accessoire du nez, en faisant sauter sa paroi interne. L'auteur a fait construire un ciseau en biseau qui facilite cette opération. Il pratique auparavant le tamponnement postérieur de la fosse nasale correspondante et le tamponnement est maintenu en place par un fil métallique que les instruments ne peuvent sectionner pendant l'opération. De cette manière pas de sang dans le cavum. La brèche dans la paroi nasale doit être aussi étendue que possible de manière à permettre un curetage, des badigeonnages au chlorure de zinc et des irrigations

biquotidiennes. Cette méthode permet de soulager grandement, sinon de guérir les malades qui se refusent à une cure radicale par la voie externe de leur polysinusite.

Le phénosalyl dans les affections du nez (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 7, 1900). — Par des badigeonnages répétés d'une solution glycérinée 3-5 0/0 du mélange suivant :

Acide phénique.....	9 grammes
Acide salicylique.....	1 —
Acide lactique.....	2 —
Menthol.....	0 gr. 10

Stein obtient de très bons résultats dans l'otite chronique suppurée (disparition de l'odeur et de l'écoulement), dans le coryza aigu (diminution d'intensité de tous les symptômes après une exaspération passagère) dans le coryza chronique avec sécrétions abondantes (disparition des sécrétions et diminution de l'hypertrophie de la muqueuse) et dans le coryza atrophique.

Les badigeonnages sont pratiqués après anesthésie préalable de la muqueuse par une solution de cocaïne à 5 0/0; dans l'empyème des sinus frontaux et maxillaires, l'auteur se sert avec succès d'injections de la solution sus-indiquée à 5 0/0.

D' Roubleff.

Pathogénie et traitement de la paresthésie laryngée, par le D' Ricardo Botey. — *XIII' Congrès internat. de Méd.*, Paris, 1900). — C'est le deuxième travail que l'auteur publie sur cette question. En 1894, le D' Botey lut au XI' Congrès de Rome une communication, dans laquelle il démontra que ces troubles de l'innervation périphérique sont presque toujours accompagnés d'hypoesthésie du pharynx et du larynx, moins accentuée que l'anesthésie des hystériques.

En outre, il affirmait aussi dans ce mémoire qu'il existe assez souvent dans ces cas, des troubles secrétoires de la muqueuse, troubles transitoires et peu marqués disparaissant après le repas et donnant lieu à une moindre secrétion des glandes de la muqueuse, que les malades traduisent par une sensation de sécheresse au fond de la gorge, le pharynx étant réellement moins humide qu'à l'état normal.

L'expérience ultérieure de l'auteur l'a conduit à croire que cette sensation de gêne dont se plaignent ces malades réside principalement sur l'épiglotte et les aryténoïdes, malgré que cette sensation soit difficile à préciser. L'anesthésie locale par la cocaïne *augmente considérablement* la paresthésie pharyngo-laryngienne, caractère pathognomonique qui la différencie de toutes les causes organiques ou inflammatoires locales qui peuvent engendrer ces sensations.

Ces faits induisent l'auteur à penser que la paresthésie est une conséquence de l'hypoesthésie et que cette diminution de la sensibilité tactile de la muqueuse pharingo-laryngienne engendre dans les régions centrales du système nerveux des actions inhibitoires spéciales réflexes qui produisent l'illusion d'un obstacle, d'un corps étranger, interposé au passage de l'air et de la salive. En outre, il existe très souvent de la parésie des muscles thyréo et aryépiglottiques, car dans ces occasions l'épiglotte se montre toujours droite, appuyée contre la base de la langue.

Cette anesthésie incomplète paraît être incompatible avec un état de congestion vive des aryténoïdes et de l'épiglotte ; la coloration est normale ou un peu plus pâle qu'à l'ordinaire. Si le malade fait une larygite ou une amygdalite aiguës la paresthésie disparaît.

Le D' Botey cite à ce propos deux observations très instructives qui l'inclinent à croire que dans la paresthésie du larynx il existe un certain degré d'anémie locale relative qui entretient le processus morbide et que par conséquent cette perception sensitive des terminaisons périphériqnes du système nerveux pourrait être améliorée et même guérie par une hyperémie, par un afflux de sang plus considérable sur les filets nerveux de la muqueuse.

La thérapeutique est donc complètement opposée à celle admise généralement. Au lieu des bromures, des vasodilatateurs et des toniques. Localement, des attouchements irritants avec la glycérine thymolée et de légers effleurements de l'épiglotte et des aryténoïdes avec la pointe du galvano-cautère. En agissant ainsi on obtient presque toujours une amélioration considérable de la paresthésie.

Néanmoins il existe des cas où il faut administrer des bromures à l'intérieur, le traitement local légèrement irritant restant le même.

L'irritation locale produit une hyperémie avec trassudation de sérosité qui agit comme *stimulus* sur la sensibilité générale de la muqueuse plus ou moins émoussée et celle-ci acquiert le *tonus* à peu près normal, si on n'a pas dépassé les limites d'une inflammation très modérée.

Maladies des Voies urinaires.

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Opérations conservatrices dans les rétentions rénales par M. ALBARRAN. (*XIIIe Congrès des Sc. Internat. Méd.*, Paris, 1900.), — Contrairement à l'opinion de M. le professeur Kustner, l'auteur croit qu'il est utile de distinguer les pyonéphroses des uronéphroses. Cette distinction est basée sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie, sur la symptomatologie comme sur le traitement de ces deux variétés purulente et aseptique de rétention rénale.

Dans les rétentions rénales dont les lésions causales se trouvent dans le rein lui-même ou dans la portion initiale de l'uretère, l'obstacle au libre écoulement de l'urine par l'uretère, variable suivant les cas, exige des traitements différents lorsqu'on se propose de conserver le rein et d'empêcher la formation de fistules rénales.

Dans les cas les plus simples, il suffit d'enlever un calcul ou de redresser une coudure, encore peu fixée, pour que l'urine reprenne son cours normal. Même chez ces malades, il est indispensable de s'assurer que des lésions secondaires n'ont pas déterminé un nouvel obstacle surajouté (rétrécissement, etc.).

Dans d'autres cas, il existe des lésions, cause primitive de la rétention, ou consécutives à la rétention elle-même, qui exigent des procédés particuliers de traitement. Ces lésions siègent dans la poche rénale elle-même ou dans la partie initiale de l'uretère

Dans la poche rénale, les *cloisons intérieures* incomplètement détruites pendant la néphrotomie peuvent être cause de la persistance des fistules : il est nécessaire de détruire ces cloisons pour que la poche de rétention ne présente pas de diverticules. Cette nécessité le fait différer d'opinion avec M. Bazy et il pense que dans toutes opérations pyélo-uretérales il est utile de largement inciser le rein pour bien explorer la cavité de la poche,

Les lésions uretérales sont les plus importantes. On peut distinguer : 1° l'insertion trop haute de l'uretère dans le bassinet dilaté ; la partie de la poche de rétention située au-dessous de l'uretère ne peut se vider par ce conduit ; 2° l'insertion oblique de l'uretère dans la poche avec formation d'une valvule empêchant l'urine de s'écouler ; 3° des rétrécissements perméables ou non de la portion initiale de l'uretère, avec ou sans coudures du conduit,

Souvent ces différentes variétés se combinent de manière diverse : parfois encore on trouve plus bas dans l'uretère, loin du rein, d'autres rétrécissements,

Pour le diagnostic exact du siège et de la nature de l'obstacle uretéral, il est utile, immédiatement avant l'opération d'une rétention rénale, septique ou aseptique, de placer une sonde dans l'uretère par le cathétérisme cystoscopique : si l'indication existe d'une opération uretérale immédiate, la sonde mise en place facilite grandément les manœuvres opératoires.

Les opérations compliquées qui visent au rétablissement du cours des urines peuvent être faites d'emblée dans les rétentions rénales aseptiques ou peu infectées : dans les pyonéphroses il convient d'opérer en deux temps et de réserver ces opérations pour guérir la fistule consécutive à la néphrotomie lorsque l'état local et les conditions générales du malade se sont modifiés.

Dans quelques cas de pyonéphrose, le lavage préalable du rein peut modifier le contenu de la poche et permettre d'emblée une opération uretéro-rénale. L'auteur pratiqua ainsi, avec succès, dans un cas de pyonéphrose, l'uretéro-pyélo-anastomose.

La *sonde uretérale à demeure* peut suffire à rétablir le cours normal des urines, notamment dans les rétrécissements simples et perméables de l'uretère. Les opérations sanglantes sont indiquées lorsque la sonde uretérale échoue.

La *section de l'éperon* (Bardenheuer, Finger) formé par l'accolement des parois du basssinet et de l'uretère peut se trouver indiquée dans *les insertions hautes* de l'uretère avec ou sans formation valvulaire. Cette opération n'est plus indiquée : 1° lorsque, l'éperon étant sectionné, il reste encore en dessous de l'ouverture uretérale une portion déclive de la poche ; 2° lorsque l'obstacle uretéral siège au-dessous de l'éperon.

Le *capitonnnage de la poche rénale* (Israël-Albarran) peut être utile dans les poches minces pour en réduire la capacité. Il ne sera le plus souvent utile que comme opération complémentaire d'un autre procédé.

La *résection partielle* du rein (Albarran) a donné un excellent résultat à l'auteur dans un cas où il avait sectionné l'éperon pyélo-uretéral, pour supprimer la partie déclive de la poche, située au-dessous du nouvel orifice uretéral.

L'uretéro-pyélonéostomie (Bardenheuer-Kuster) et l'anastomose pyélo-uretérale (Albarran) peuvent être appliqués dans tous les cas précédents. Le second de ces procédés donne d'aussi bons résultats que le premier ; son exécution est plus facile. Il consiste, après avoir, si possible, passé une sonde dans l'uretère par le cathétérisme cystoscopique, à ouvrir largement la poche rénale et à pratiquer dans son point le plus déclive une incision dont les deux lèvres sont suturées à celle d'une autre incision longitudinale pratiquée à l'uretère ; on place ensuite une sonde uretérale à demeure qui sort par le méat urinaire et dont l'extrémité supérieure pénètre dans le rein à travers l'anastomose.

L'auteur a pratiqué six opérations uretéro-rénales avec succès pour des rétentions aseptiques et septiques ou pour des fistules consécutives à la néphrostomie. Sa plus ancienne opération date de 27 mois : la maladie reste guérie.

Pans un cas où le rein avait été fixé à la paro abdominale antérieure par une néphrostomie transpéritonéale, il eut un échec. Chez une malade atteinte de pyonéphrose grave, il fit en même temps que l'incision du rein, l'uretérotomie externe : la malade mourut.

Tuberculose des testicules. — Castration double. — Guérison. — Petite récidive déférentielle par Paul Delbet (in *Ann. gen. Ur.* 1900, p. 955). — C'est l'histoire d'un malade de 29 ans ayant subi en 1896 à l'hôpital Ricord la castration double pour tuberculose testiculaire. L'opération fut suivie d'une guérison rapide qui se maintint pendant deux jours, après quoi, le malade éprouva de la douleur dans le cordon des deux côtés, au niveau des moignons opératoires. Il rentra à Necker vers le 14 avril 1899. M. Le Dentu lui pratiqua l'extirpation de six centimètres de canal déférent des deux côtés, par la voie inguinale. On ne put enlever toute la longueur du canal malade.

Guérison opératoire.

E. Chevalier.

La prostatotomie galvanique ou opération de Bottini, par E. d'Haenens (in *Belgique médicale*, 1900, p. 225). — Le malade est couché comme pour une lithotritie : le chirurgien se place à droite, ayant la batterie électrique devant lui, à gauche du malade. On lave la vessie puis on injecte une solution de cocaïne à 2 0/0 (20 à 50 centimètres cubes) qu'on laisse cinq minutes, puis on évacue. On injecte ensuite de l'eau boriquée 150 grammes. On introduit l'instrument de Bottini comme un lithotriteur : lorsqu'il est dans la vessie, on fait subir au bec une rotation d'une demi, un quart ou un tiers suivant qu'on veut agir sur les lobes médians ou latéraux. On fait fonctionner le courant d'eau glacée de l'instrument, puis on le met en contact avec les conducteurs électriques : on fait passer 45 ampères. Après quinze secondes qui permettent d'arriver au rouge blanc, on fait tourner la roue lentement à droite ; cette roue commande le couteau qui coupe de 3 à 3 cent. 1/2 (durée quatre à six minutes), puis on tourne la roue en sens inverse en augmentant le courant jusqu'à 50 ampères ; on peut faire plusieurs sections.

On s'est rendu compte avant, par le cystoscope, de la saillie prostatique.

On rompt le courant électrique : on laisse couler l'eau glacée, puis on enlève l'instrument.

Si le patient urine spontanément après l'opération, on n'a pas à intervenir. S'il y a du spasme et d'autres incidents, on prescrit des calmants, et au besoin le cathétérisme.

La chute des eschares se fait du dixième au vingtième jour. Le volume du jet d'urine augmente petit à petit.

On peut comme Bottini opérer à vessie vide, ou la garnir d'eau boriquée, ou d'air.

On fera de 1 à 3 incisions en moyenne.

Les complications ont été la perforation de vessie, de l'urèthre, la fièvre, la pyémie.

E. Chevalier.

Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales, par Gabriel Collin (in *Rev. intern. de méd. et chir.*, juillet et août 1900). — L'auteur donne une bonne monographie sur la technique, les indications, la valeur diagnostique et thérapeutique du massage de la prostate et des vésicules séminales, si important au cours des uréthrites à répétition et des uréthrites chroniques. Il passe également en revue les affections aiguës de la prostate et des vésicules séminales.

E. Chevalier.

Des accidents uréthraux dans l'hypertrophie de la prostate. Technique du cathétérisme, par le Dr Moncayo Redin (*Revista Valenciana de Ciencias Medicas*, juin 1900). — L'hypertrophie de la prostate détermine dans le canal uréthral une *déviation* ou bien une *déformation*. Il y aura déviation quand un seul lobule latéral sera hypertrophié et déformation quand l'hypertrophie prend deux ou trois lobules. Quand les deux lobes latéraux sont hypertrophiés, l'urèthre prend la forme d'un sablier ; si en plus le lobe médian est pris il prendra la forme d'un Y.

A mesure que ces déviations ou déformations augmentent, on voit apparaître la rétention

d'urine. Dès que dans la vessie séjourne une quantité considérable d'urine, la nécessité du cathétérisme s'impose.

L'auteur recommande de commencer le cathétérisme avec les bougies olivaires perforées. Une fois l'urine évacuée, on fera un lavage vésical antiseptique à l'eau boriquée à 4 0/0 qui sert aussi à modifier le caractère ammoniacal de l'urine.

Si l'urine retirée ne dépasse pas 500 grammes, on répétera le cathétérisme au bout de quelques heures ; on soulagera ainsi le malade et en même temps on réveillera la contractilité vésicale. Si le cathétérisme est difficile, on laissera la sonde à demeure dans la vessie pour que l'urine puisse s'écouler librement : on évite ainsi les congestions de l'appareil urinaire qui apparaissent au moindre effort.

Finalement, si le cathétérisme ne peut s'effectuer, on fera la ponction vésicale avant de percer le conduit (cathétérisme forcé des anciens).

La meilleure sonde, d'après le Dr Moncayo, est celle de Nélaton, car elle ne blesse pas les tissus et évite les fausses routes.

F. Berini.

Cystorrhaphie totale pour cystite calculeuse chez un garçon de 7 ans, par Delagrammatica, (*in Gaz. méd. d'Orient*, 1900, p. 202). — C'est l'histoire d'un enfant de 7 ans atteint de cystite et de calcul mixte d'oxalate de chaux, d'acide urique, d'urate de soude, de magnésie, de phosphate ammoniaco-magnésien du poids de 14 grammes, que l'auteur enleva par la taille hypogastrique suivie de la réunion totale de la vessie.

Guérison rapide, sans fistule, malgré une congestion pulmonaire intercurrente.

E. Chevalier.

Dé à coudre égaré dans la vessie d'une jeune fille. Extraction par les voies naturelles, par E. Loumeau (in *Ann. Policlinique de Bordeaux*, 1900, p. 97). — L'auteur a eu à soigner une jeune fille de vingt-six ans qui, habituée depuis longtemps à des pratiques de masturbation, s'est introduit par l'urèthre presque dans la vessie un dé à coudre. L'auteur pratiqua sous le chloroforme la dilatation urèthrale déjà fort avancée par les mauvaises habitudes de la malade. Il put, à l'aide d'une pince, extraire le dé d'argent un peu incrusté de phosphate. La malade conserva quelques jours de l'incontinence d'urine, puis guérit complètement.

Le corps étranger était introduit depuis peu de jours.

E. Chevalier.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Métrites cervicales, par S. Pozzi (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — 1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus ;

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier ;

3° L'opération de la trachélorraphie est inférieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée ;

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement, d'une façon durable, un orifice suffisant au col de l'utérus.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par Dmitri de Ott, Saint-Pétersbourg (XIIIe *Congrès intern. des Sc. méd.*). — Le traitement chirurgical est maintenant l'unique moyen pour lutter avec succès contre le cancer de l'utérus. Dans toute une série de cas il est possible d'obtenir par l'opération la guérison complète des malades. Les résultats de la cure radicale seront sans doute améliorés par le diagnostic précoce, posé par l'examen histologique de tous les cas douteux.

La destination biologique de la matrice ainsi que les particularités de sa structure anatomique imposent l'étude spéciale du cancer de l'utérus et les observations sur l'affection cancéreuse des autres parties du corps humain, de même que les conclusions tirées de ces cas, ne peuvent être appliquées à l'utérus qu'après leur vérification pour ce cas spécial.

L'extirpation totale de l'utérus doit être pratiquée dans tous les cas de lésion cancéreuse d'une partie quelconque de l'organe, car ce

procédé donne le maximum de garantie contre la récidive.

L'ablation des ovaires et, en général, des annexes ne doit être pratiquée que s'il existe des indications spéciales.

La guérison radicale est obtenue en suivant les principes ci-dessus. L'énucléation des ganglions rétropéritonéaux, recommandée surtout dans ces derniers temps, ne peut être pratiquée que par la voie abdominale; elle ne doit pas être admise comme règle, n'étant justifiée ni par les raisonnements théoriques, ni par des faits cliniques assez convaincants. Elle doit être aussi considérée comme beaucoup plus dangereuse et n'a pas d'indications suffisamment établies.

L'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale mérite la préférence sur toutes les autres méthodes. Le perfectionnement de la technique opératoire donne maintenant les moyens de surmonter par cette voie tous les obstacles qui récemment encore forçaient de recourir à la cœliotomie, en exposant les malades à tous les dangers de cette dernière.

Le morcellement, dans les cas de volume considérable de l'organe ou de complication par des tumeurs fibreuses, fréquentes dans les cas de cancer de l'utérus, doit être considéré comme une conquête de grande valeur dans la chirurgie gynécologique.

Dans les cas de grossesse compliquée de cancer de l'utérus, l'extirpation est indiquée, de même qu'en dehors de la grossesse ; l'opération vaginale y est à préférer. Ce moyen d'opérer peut être pratiqué jusqu'au septième mois inclus de la grossesse et ne présente que peu de difficultés, vu la possibilité de diminuer le volume de l'organe par l'ablation de l'œuf après l'ouverture des culs-de-sac et la suture des vaisseaux utérins. Si la grossesse est plus avancée, vu la viabilité de l'enfant, c'est la cœliotomie qui est l'opération de choix, quoique l'on puisse encore recourir à l'extirpation par la voie vaginale après avoir délivré l'enfant par la césarienne vaginale.

Il est préférable de ne pas fermer la plaie menant dans la cavité abdominale après l'extirpation totale de l'utérus et de se borner à un tamponnement léger avec de la gaze iodoformée.

Les ovaires conservés, la vie sexuelle ne se modifie pas après l'extirpation de l'utérus.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la partie supérieure de l'utérus (cancer du corps) sont infiniment plus favorables que ceux du cancer de la partie inférieure (cancer du col de l'utérus).

L'extirpation totale de l'utérus doit être pratiquée, même dans les cas très avancés, car par cette opération on peut le mieux soulager les malades et reculer la terminaison fatale ; dans certains cas, vu l'imperfection de la précision clinique des limites du néoplasme, on parvient même à obtenir la guérison radicale.

La mortalité de l'extirpation vaginale de l'utérus peut être facilement réduite au minimum ; en tout cas, elle ne dépasse pas 2 0/0.

La guérison radicale (plus de 6 ans) dans la série des malades que l'auteur a opérées, fut atteinte dans 10 0/0 des cas.

L'extirpation a été pratiquée dans tous les cas de cancers, même relativement très avancés.

De la Salpingostomie, par M. Goullioud (de Lyon) (XIII*e* *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900). — Depuis Lawson Tait, quand au cours d'une laparotomie pour salpingo-ovarite grave l'auteur constatait une occlusion double des pavillons, preuve certaine d'une lésion bilatérale, il enlevait résolument les annexes des deux côtés. Lawson Tait sacrifiait préventivement les deux annexes, même quand une était saine. Depuis on a fait beaucoup, à la suite de A. Martin, de Pozzi, de Jayle, pour la conservation de l'ovaire. On a moins fait pour la trompe. Cependant Polk, Dudley, Skutsch, A. Martin, etc., se sont efforcés de conserver la trompe en pratiquant la salpingostomie. La thèse de Montana (Paris, 1899) renferme les tentatives faites à l'étranger et à Paris : celle de Jarsaillon (Lyon, 1899) contient les propres observations de l'auteur.

L'opération consiste, quand on trouve une trompe malade, avec son pavillon obstrué, sa cavité distendue par du liquide, à réséquer la partie malade de la trompe et à faire sur le moignon tubaire un ostium péritonéal par quelques points de suture réunissant la muqueuse éversée à la séreuse tubaire. Un débridement léger du canal tubaire agrandit cet orifice. L'ovaire est débarrassé des adhérences qui le fixent et le rendent microkystique ; il est en partie réséqué, s'il y a lieu. Les annexes du côté des plus grosses lésions sont généralement enlevées.

L'auteur fait cette opération avec succès, sans mortalité aucune, dans des cas de salpingo-ovarite chronique, opérés à froid, loin du début de l'affection, quand il ne rencontrait pas de pus, du côté du moins où il tentait la conservation.

L'occlusion cicatricielle du pavillon, et l'hydrosalpinx sont les cas les plus favorables. Les résultats ont été bons ; les malades ont cessé de souffrir et n'ont pas eu de récidive. Mais un choix sévère des cas s'impose pour éviter la mortalité et la récidive. L'auteur n'a pas jusqu'ici observé la grossesse ; mais les auteurs cités en ont rapporté quelques cas probants. La salpingostomie pourrait donc être un traitement important de la stérilité, quand celle-ci est due à

l'occlusion des pavillons tubaires par des adhérences périannexielles, occlusion qui n'a pas de tendance à disparaître spontanément. Il faut savoir d'ailleurs, comme Raymond l'a prouvé, que l'ostium uterinum reste perméable dans la salpingite, même grave.

Telle est la salpingostomie primitive. L'auteur donne le nom de salpingostomie secondaire à la même opération faite à froid après qu'on a débride par le vagin une suppuration pelvienne aiguë. Il agit a ainsi deux fois avec succès. On peut donc, chez des malades gravement infectées, intervenir d'abord pour les débarrasser d'un abcès menaçant; puis secondairement faire, par la laparotomie, l'ablation des annexes d'un côté et la salpingostomie de l'autre. On évite ainsi la castration totale avec ses troubles nerveux et ses tristesses. Celle-ci reste la suprême et précieuse ressource pour les cas les plus graves.

Quelques considérations sur les injections du sérum artificiel dans les infections puerpérales, par le Dr P. Pecker (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Dans les cas d'infection puerpérale, les injections hypodermiques de sérum artificiel ont non seulement pour but de relever la résistance vitale de l'organisme, mais, en vertu de leur action biologique sur les fibres lisses de l'utérus, elles éveillent sa contractilité et aident ainsi à débarrasser sa cavité des matières septiques — source de l'infection puerpérale.

Certes, l'écouvillonnage, les injections intra-utérines microbicides et à plus forte raison le curettage ont plus de prise sur la cause de l'infection, mais ces dernières interventions, en dehors des inconvénients et même des dangers qui leur sont propres, étant parfois impraticables à cause des circonstances défavorables où se trouve l'accouchée, les injections hypodermiques de sérum peuvent parfois heureusement les suppléer et, dans tous les cas, il n'y a que des avantages à attendre en les joignant au traitement utérin.

Enfin, il y aura à mettre à contribution les effets contractiles du sérum artificiel sur le muscle utérin en cas d'inertie de ce dernier durant le travail, de même que dans l'atonie post-partum les injections vaginales seront heureusement secondées par les injections hypodermiques de sérum artificiel.

Traitement de l'éclampsie pendant la grossesse (*Wratch*, n° 20, 1900). — On sait que la question de l'intervention active dans l'éclampsie pendant la grossesse est loin d'être résolue d'une façon définitive. Il nous paraît donc intéressant de signaler les conclusions auxquelles est arrivé Matvlieff, en se basant aussi bien sur des données littéraires que sur ses propres observations.

Voici quelles sont ces conclusions :

1° L'éclampsie n'interrompt pas toujours la grossesse;

2° La rareté relative des cas où l'éclampsie s'arrête pendant la grossesse, sans interruption de celle-ci, est peut-être la conséquence de l'engouement pour le traitement opératoire de cette affection;

3° L'extraction du contenu de l'utérus gravide, soit par la voie naturelle, soit par la voie artificielle, est loin de constituer un moyen efficace de sauver la malade;

4° Donc l'éclampsie par elle-même ne peut pas constituer une indication à l'interruption de la grossesse.

Dr Roubleff.

Sur un moyen pratique concernant la prophylaxie de la fièvre puerperale après l'accouchement, par le Dr Valenzuela (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — 1° L'auteur croit que ce qu'on peut dénommer déficience placentaire est une des causes les plus fréquentes de la fièvre puerpérale,

2° L'indication serait donc l'exploration immédiate après l'expulsion du placenta.

3° En cas de résidus retenus, les enlever séance tenante, au moyen du grattage digital, simple manœuvre beaucoup plus avantageuse que le curettage habituel, base du traitement de la fièvre puerpérale.

4° L'exploration dont il est question, quoique contraire à la pratique ordinaire, ne présente aucun inconvénient si on prend de méticuleuses précautions antiseptiques.

5° Les faits cliniques sont à l'appui de cette façon de procéder.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De la constitution chimique des médicaments et son importance thérapeutique, par M. Fiquet (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur est arrivé à cette conclusion que les groupements qui caractérisent les différentes fonctions réunies dans la même molécule agissent sur l'organisme individuellement et que l'adjonction d'une nouvelle fonction modifie les propriétés primitives du médicament.

Les groupes CO^2H, SO^3H substituésdans des composés chimiques diminuent leur toxicité tout en conservant au médicament les propriétés thérapeutiques qu'il possédait auparavant.

Les nitriles en général, que l'auteur a étudiés plus spécialement sont toxiques et inconstants, leur emploi thérapeutique doit, pour ces raisons, être réservé.

Il n'en est pas de même si on substitue dans leur molécule un groupement CO^2H, ils gardent les propriétés primitives, antithermiques, antiseptiques, etc., des nitriles, mais ils sont stables, presque toujours solubles et leur toxicité diminue considérablement.

La substitution phénolique dans les nitriles donne un résultat inattendu. Tandis que d'une façon générale la substitution phénolique exagère les propriétés toxiques d'un médicament, lorsqu'elle est faite dans la molécule des nitriles surtout en meta, ils deviennent inoffensifs : la fonction phénolique annihile l'action toxique de de la fonction nitrile.

L'auteur pense pouvoir interpréter ainsi l'action des phénols dans l'économie sur certaines toxines, qu'il considère comme des nitriles dérivés des matières albuminoïdes.

Les matières albuminoïdes qui sont elles-mêmes des nitriles inoffensifs à cause de leur complexité moléculaire sont susceptibles de se transformer in vitro sous l'influence des agents d'oxydation en nitriles plus simples toxiques.

Il envisage ainsi la production de toxines aux dépens des matières albuminoïdes de l'économie en particulier, celles du coma diabétique dont l'urine a les mêmes caractères de toxicité que les nitriles.

Ces toxines qui sont des nitriles perdront donc leur activité si elles se trouvent unies dans l'économie avec des phénols.

Ce fait explique pourquoi les phénols sont non seulement doués du pouvoir antiseptique vis à vis des ferments figurés, mais encore vis à vis des toxines secrétées par ces mêmes ferments dans l'organisme.

Rapport sur l'action thérapeutique de la digitale et ses principe actifs, par Lauder Brunton. (XIIIe *Congrès int. de Méd.* Paris 1900). — Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes actif sont de :

1° Régulariser l'action cardiaque.

2° Renforcer la circulation défaillante.

3° Action diurétique.

En présence de palpitations ou d'irrégularités fonctionnelles du rythme cardiaque sans lésions organiques, la digitale à petites doses (dix gouttes de la teinture, par exemple) rend souvent de grands services. L'effet bienfaisant de la digitale se fait sentir lorsqu'il y a palpitations à la suite d'un effort musculaire trop violent, soulèvement de poids trop lourds, ou à la suite d'émotions morales, d'ennuis, etc. Dans les cas où les palpitations sont d'origine réflexe, consécutivement à l'irritation des nerfs pneumogastriqnes, on obtient de meilleurs résultats avec le bismuth et la rhubarbe qu'avec des toniques cardiaques, quoique l'addition de la noix vomique à ces substances tende à rehausser leurs effets. Dans l'insuffisance aortique avec compensation complète la digitale est tout à fait inutile. Beaucoup de personnes atteintes d'insuffisance aortique l'ignorent et souvent on n'apprend l'existence de cette lésion qu'accidentellement, au cours d'un examen médical ayant un tout autre but. Dans l'insuffisance aortique non compensée la digitale peut nous aider à prévenir la syncope qui menace les malades chez qui la tension vasculaire est très réduite pendant la diastole cardiaque, à la suite de défauts valvulaires qui permettent au sang de retourner dans le cœur, une partie seulement franchissant les artérioles pour remplir les veines. Si la diastole se prolonge la tension peut tomber beaucoup au-dessous de la normale, exposant ainsi le malade à la syncope. Lorsque les valvules mitralès deviennent insuffisantes, soit à la suite de lésions valvulaires, soit comme conséquence de la dilatation cardiaque due à la faiblesse des parois musculaires à la suite de maladies infectieuses, telle que l'influenza, ou enfin comme résultat de la dilatation du cœur hypertrophié à la suite d'insuffisance aortique d'origine rénale, la digitale est susceptible de rendre les plus grands services.

Il ne faut pas croire que la digitale n'est utile dans l'insuffisance aortique qu'en présence d'un degré de dilatation cardiaque qui entraîne l'insuffisance du valves mitrales. Elle peut au contraire rendre service avant cette période en vertu de son effet sur la dilatation ventriculaire, qu'elle tend à restreindre. De cette manière, la digitale diminue la quantité de sang regurgité. En même temps son effet constrictif sur les artérioles met opposition au courant sanguin et il en résulte que la digitale non seulement retient le sang dans l'aorte pendant la diastole, mais aussi qu'elle tend à rendre la tension aortique plus uniforme, moins intermittente et plus normale.

Pour obtenir les meilleurs effets de la digitale dans les cas graves, il faut l'associer avec le repos au lit et le massage. Dans l'absence de tout mouvement, la pression sanguine que le cœur est appelé à vaincre à chaque systole, tend à baisser et les battements cardiaques deviennent moins fréquents.

Le ralentissement du pouls dû au repos s'accentue encore sous l'influence de la digitale.

Or, c'est pendant la diastole que le cœur se regénère, en effet la diastole représente le repos, le sommeil et la période de réparation du cœur. Si donc nous lui donnons de l'extension nous facilitons le retour de l'organe à son état normal. Sous l'influence de ce traitement combiné les artères se remplissent de sang, et la stase veineuse tend à disparaître et avec elle disparaissent aussi l'engorgement du foie, les troubles digestifs, la flatulence, l'œdème et l'albuminurie. De même, la circulation pulmonaire devient moins gênée, la dyspnée et la toux irritante s'améliorent, la contraction plus énergique du cœur dilaté, en resserrant les orifices ventriculaires et auriculaires, remédie jusqu'à un certain point aux lésions valvulaires et réduit la quantité de sang refoulé. L'oxydation des tissus est en outre favorisée par les contractions cardiaques plus énergiques. La circulation à travers les artérioles, au lieu de s'effectuer sous une tension à peu près constante, devient intermittente et par ce fait l'œdème tend à disparaître. Les expériences sur les organes enlevés faites dans le laboratoire de Ludwig, ont clairement démontré que la circulation à pression uniforme favorise le développement de l'œdème et l'arrêt du courant sanguin ; d'autre part lorsqu'on a reproduit l'intermittence naturelle des battements cardiaques l'œdème se produit beaucoup moins.

Le massage supplée aux effets de la digitale en ce qu'il diminue le travail qui incombe au cœur, c'est-à-dire, le cœur n'a plus à projeter le sang du ventricule gauche jusqu'à dans l'oreillette droite, il suffit en effet qu'il soit lancé jusqu'à la périphérie droite, les manipulations du masseur le ramenant en grande partie de la périphérie au cœur.

La digitale, en plus de son action sur le cœur, excite la contraction des artérioles et comme résultat secondaire détermine l'élévation de la pression sanguine. Or, toute augmentation de la tension sanguine peut avoir un retentissement désastreux sur un cœur dont les parois se trouvent en état de dégénérescence graissseuse et dont la résistance est par ce fait notablement diminuée. Dans cet état il faut peu de chose pour jeter le trouble dans la circulation. Si, dans ces circonstances, on désire tirer parti des effets stimulants de la digitale sur le cœur, il faut l'asssocier à des vasodilatateurs, le nitroglycérine, le nitro-érythrol ou le nitrite d'éthyle par exemple (ce dernier s'administrant généralement sous la forme d'éther nitreux), car ces drogues en diminuant la résistance périphérique, tendent à écarter le danger de défaillance cardiaque.

La même précaution est indiquée en présence de la tension sanguine surélevée avec menace de défaillance cardiaque. Il ne faut jamais perdre de vue la possibilité de la rupture d'un vaisseau dans le cerveau à la suite de l'administration de drogues susceptibles d'exagérer davantage une tension artérielle déjà trop élevée.

Dans ces conditions on peut se demander s'il n'est pas plus prudent de renoncer à la digitale. Même si nous prenons la précaution de lui associer les nitrites il est de notre devoir de surveiller de près le fonctionnement du foie et de l'intestin.

Les recherches pharmacologiques nous ont fourni beaucoup d'éclaircissements sur la mode d'action de drogues isolées, mais il reste vaste champ à explorer en ce qui concerne les effets des médicaments combinés. L'expérience nous a appris, par exemple, que le mercure et surtout le calomel, augmentent notablement l'action de la digitale si on les administre en même temps, mais nous sommes dans l'impossibilité d'expliquer pourquoi, dans les cas où la digitale n'a pas réussi, on obtient parfois les effets voulus en lui associant le mercure.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

HÉMOPTYSIE

A TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE.

Quelle que soit la cause il existe un traitement symptomatique applicable à tous les cas.

1. Moyens préventifs à employer chez les malades ayant déjà été atteints d'une ou plusieurs hémoptysies.

Eviter les efforts de toute nature, les exercices violents, les excès de chant, les rapports génitaux à intervalles rapprochés, l'exposition aux rayons ardents du soleil, le séjour dans les locaux surchauffés, les veillées, les repas trop copieux, les excès alcooliques, les médicaments prédisposant à la congestion comme l'iodure de potassium, le fer et même la créosote et ses dérivés.

Prescrire le repos absolu aux femmes au moment des époques menstruelles.

Recommander d'éviter les efforts de défécation

en assurant la liberté du ventre au moyen de lavements, de laxatifs doux.

Moyens d'urgence à employer dès que se produit l'hémoptysie :

Enlèvement des vêtements, des liens susceptibles de comprimer le thorax et la région cervicale.

Faire asseoir le malade, en soulevant sa tête et le tronc au moyen d'un coussin ou d'un oreiller assez dur.

Lui recommander le silence.

Ouvrir largement les fenêtres.

Appliquer des cataplasmes sinapisés ou des sinapismes sur les membres inférieurs ou des ventouses sèches sur le thorax (en cas d'urgence se servir de verres à liqueur).

Appliquer une vessie de glace sur les bourses (en ayant soin d'interposer une flanelle).

Donner du chlorure de sodium (sel de cuisine) à la dose de 2 ou 3 cuillerées à café.

Boissons acidulées fraîches (citronnade).

En cas d'hémoptysie très abondante, appliquer des ligatures à la racine des membres.

3) Intervention médicamenteuse :

Avoir recours en premier lieu à l'*opium* sous forme d'extrait thébaïque, plus rarement sous forme de poudre de Dower ou d'injections de morphine.

Donner cinq à dix centigrammes d'extrait thébaïque, par doses fractionnées, en pilules ou en potion :

Extrait thébaïque	0 gr. 40
Eau de Rabel.....	4 grammes
Eau.....	100 —

par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

La poudre de Dower se prescrit à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50, soit seule, soit associée à l'ergot de seigle, aux astringents.

Extrait de ratanhia.....	0 gr. 15
Ergotine.....	0 gr. 15
Poudre de digitale.....	0 gr. 03
Poudre de Dower.....	0 gr. 05
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 03

pour une pilule. 6 par jour.

L'*ergot de seigle* est moins utile que l'opium, mais néanmoins très employé.

On utilise la poudre associée habituellement à d'autres substances exerçant également, à des titres divers, une action sur l'hémoptysie : extrait de ratanhia, acide gallique, poudre de Dower, sulfate de quinine :

Poudre fraîche d'ergot.....	0 gr. 20
Sulfate de quinine.....	0 gr. 10

pour un cachet. Un toutes les demi-heures jusqu'à effet.

Extrait de ratanhia.....	4 gr.
Ergot de seigle	3 —
Poudre de digitale.....	0 — 50

pour 40 pilules, 6 à 8 par jour.

Il vaut mieux prescrire l'ergotine Yvon (qui représente son poids d'ergot) en injections sous-cutanées à la dose de 1 à 3 grammes ; chaque seringue de Pravaz de un centimètre cube de capacité contient un gramme d'ergotine.

On peut aussi prescrire l'ergotinine de Tanret soit en sirop dont chaque cuillère à café contient un quart de milligramme, soit en injections sous-cutanées :

Ergotinine	0 gr. 01
Acide lactique.....	0 — 02
Eau de laurier cerise	10 —

La solution contient un milligramme par centimètre cube ; injecter un quart de milligramme à la fois, soit 3 gouttes. L'injection, à cette dose, peut être répétée 4 à 5 fois par jour.

Capitan préconise l'injection sous-cutanée d'une solution complexe, contenant :

Ergotine Yvon, antipyrine, sulfate de spartéine, chlorhydrate de morphine, c'est-à-dire des médicaments vaso-constricteurs, modérateurs, cardiaques et généraux, hémostatiques :

Ergotine Yvon.....	5 gr.
Antipyrine.....	2 — 50
Sulfate de spartéine.....	0 — 30
Chlorhydrate de morphine..	0 — 05

Eau distillée qs. pour volume total de 10 cc.

Injecter (dans les muscles) 1 à 4 centimètres cubes de cette solution, en vingt-quatre heures.

Les atringents : *tannin, acide gallique, extrait de ratanhia* n'ont qu'une valeur douteuse.

La *digitale* peut être utile dans les cas qui se prolongent ; on prescrira 20 gouttes de digitaline cristallisée au 1000e (soit un tiers de milligramme environ) pendant deux ou trois jours de suite.

Le *chlorure de calcium* a été vanté récemment comme hémostatique :

Chlorure de calcium....	ãã 0 gr. 50
Sucre de lait.....	

pour un paquet. 4 par jour dans une infusion de tilleul.

Dans les hémoptysies très abondantes qui persistent à l'opium et à l'ergotine, il faut avoir recours aux vomitifs, c'est-à-dire à l'*ipéca* associé ou non au *tartre stibié*.

Eau distillée.....	250 grammes
Ipéca.	1 gramme
Tartre stibié.....	0 gr. 10

Une cuillerée à café d'heure en heure jusqu'à effet hémostatique : si des vomissements surviennent sous l'influence de cette médication, donner 4 à 5 gouttes d'alcool mentholé à 10 0/0 dans une cuillerée à café d'eau glacée.

En cas de collapsus, injections d'*éther*, d'*huile camphrée* au 10e.

Les *injections de serum gélatiné* sont peu employées.

B. Traitement causal

1° Hémoptysie des tuberculeux.

Tout ce qui précède s'applique à cette variété d'hémoptysie. La médication n'est efficace que dans les hémoptysies du début ou des poussées congestives : inutile dans les hémoptysies de la période des cavernes, dues à la rupture d'anévrisme.

En cas de fièvre associer le *sulfate de quinine* à l'opium, à l'ergotine.

Suspendre les médications et la suralimentation quand l'hémoptysie survient ;

2° Pas de traitement spécial pour les hémoptysies qui surviennent dans la gangrène pulmonaire, la dilatation des bronches, les kystes kydratiques du poumon, la syphilis pulmonaire ;

3° Chez les cardiaques, relever avant tout l'énergie du myocarde au moyen de la *caféine*, en injections sous-cutanées, puis de la *digitale* ;

4° Chez les *artério-scléreux* avec insuffisance rénale, *régime lacté, purgatifs drastiques* (eau-de-vie allemande).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hygiène industrielle et professionnelle. Logements insalubres. Le phosphorisme professionnel. Sa prophylaxie. — La question du phosphorisme professionnel, envisagé chez les ouvriers des manufactures d'allumettes, fut, pendant de longues années, l'une des plus intéressantes parmi les questions d'hygiène industrielle. Les ouvriers allumettiers paraissaient voués aux accidents les plus graves, et, véritables martyrs de l'industrie, semblaient ne pouvoir échapper à l'impitoyable nécrose phosphorée que pour devenir la proie des accidents généraux du phosphorisme. Les journaux politiques aidant, l'histoire de l'intoxication phosphorée chronique grossit peu à peu. Si bien qu'il fut un moment où l'on y voyait classés toutes les manifestations pathologiques possibles depuis la dyspepsie jusqu'aux avortements.

Ce sont là légendes sans fondement, et assertions exagérées, que l'étude exacte des faits suffit aisément à détruire.

L'état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes. Il se retrouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents, et en particulier de la nécrose. En ce qui concerne ce dernier, la nécrose dite phosphorée, le phosphorisme seul ne saurait l'expliquer ni la provoquer. Il faut pour sa genèse un second facteur : une lésion préalable des mâchoires (carie dentaire), porte d'entrée du mal.

Les accidents généraux communs à tous les ouvriers sont : l'état cachectique, la teinte subictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans les urines, des signes évidents d'anémie, surtout chez les femmes, un degré très marqué de mortalité infantile, et enfin, une déchéance de nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans les urines, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement considérable de la déminéralisation de l'organisme (A. Robin).

Application de l'analyse de la salive au diagnostic des affections diathésiques et des altérations gingivo-dentaires. — L'analyse de la salive a une importance certaine pour le diagnostic des affections chroniques (diathèses).

La salive recèle tout principe chimique soluble et cristallisable en excès dans le plasma sanguin, susceptible d'être dialisé par l'activité glandulaire.

Tout principe chimique, sels, acides et alcaloïdes, en solution dans la salive pathologique, se présente (sur préparation pathologique, après cristallisation, par l'évaporation spontanée ou dessèchement actif de liquide), sous forme de figures cristallines ou silhouettes spectrales déterminées par la forme, par la coloration au micropolariscope ; les sels ainsi formés sont constamment identiques pour les mêmes états diathésiques, mais leur coloration varie d'intensité selon les périodes d'état.

On peut donc établir le diagnostic d'une affection diathésique par les élements que donne l'analyse de la salive.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique; par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Annuaire des Sociétés Savantes de Paris, par la Réunion des Secrétaires Généraux. — Paris, Institut international de Bibliographie scientifique, 1900, in-18, reliure souple, 328 p. et 52 fig. — Prix : 6 francs.

L'Institut de Bibliographie vient de faire paraître, grâce à la confiance dont l'a honoré la réunion des Secrétaires Généraux des Sociétés savantes de Paris, un petit Annuaire de toutes les Sociétés qui existent dans la Capitale; plus tard, il publiera un volume analogue pour les Sociétés de province. — C'est un élégant in-18, pourvu d'une reliure très souple, mais très solide, et renfermant le dessin de la plupart des Sceaux des Sociétés de Paris.

Au moment où le monde savant va venir en foule visiter l'Exposition et par suite nos principales institutions scientifiques, littéraires et artistiques, il importait de mener à bien une publication de cette nature, guide indispensable pour tous ceux qui s'intéressent aux travaux de l'intelligence dans notre pays. L'Institut de Bibliographie a donc bien mérité de la Science française, en faisant le sacrifice d'une telle édition, qui se présente d'ailleurs sous les meilleurs auspices.

Dans cet Annuaire, une page entière, ou Fiche, est consacrée à chacune des Sociétés citées; et le lecteur trouvera, sur chacune de ces fiches, tous les renseignements dont il peut avoir besoin : siège social, composition du bureau pour l'année courante, publications, etc.

Ce volume, on le voit, est indispensable à tous ceux qui veulent être renseignés sur le mouvement intellectuel contemporain et doit se trouver dans toutes les bibliothèques publiques ou privées.

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL. Nile. Imprimerie, E. Lasnier directeur 3 rue Bourdaloue, Paris

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'anémie des chauffeurs et la ventilation à bord des navires de guerre, par M. Belli, médecin de 1re classe de la Marine Royale Italienne. Différents problèmes se lient à la question de l'anémie des chauffeurs : Cette dégradation organique existe-t-elle réellement? De quelle nature et entité est-elle? Est-ce qu'elle est exclusivement des chauffeurs, ou se rencontre-elle aussi dans d'autres spécialités du personnel qui vit dans des conditions semblables de travail, de milieu ambiant? Avec quel facteur est-elle en rapport (travaux spéciaux, ventilation, éclairage)?

Les recherches hématologiques consistèrent dans la numération des hématies par le moyen du globutimètre de Thoma-Zeiss et dans la mesure de l'hémoglobine par l'hémomètre de Fleisch,

Les recherches somatiques regardèrent la mesure du poids du corps et de la taille. Enfin on a tiré des notes matriculaires la date d'admission dans la spécialité et celle d'embarquement sur le navire, où l'on exécutait les expériences.

Ces recherches ont été pratiquées sur trois navires de bataille : *Morosini* de 7e classe ; *Varese* de 2e et *Lombardia* de 5e, sur lesquels on entreprenait en même temps une étude sur la ventilation ; et, en mettant en rapport les résultats finals des deux ordres d'expériences, nous avons eu l'opportunité d'étudier par voie expérimentale l'influence que le plus important des facteurs hygiéniques de bord exerce sur la crase du sang de ce personnel.

Les résultats de ces expériences nous autorisent à conclure que :

1o Une anémie vraie et propre des chauffeurs n'existe pas dans le sens généralement accepté par les auteurs : mais sur quelques navires il existe seulement une mineure richesse d'hémoglobine (oligochromémie) dans une grande partie de ce personnel.

En effet dans le sang des 77 chauffeurs du *Morosini*, des 15 du *Varese* et des 27 du *Lombardia* nous avons trouvé une moyenne de 4.757.000 hématies et de 828 d'hémoglobine ; tandis que 30 matelots de pont, pris au hasard dix pour chacun de ces navires, présentaient une moyenne de 4.642.000 hématies et 91.5 d'hémoglobine.

2o L'oligochromémie se trouve, et encore plus accentuée, dans le personnel appliqué au fonctionnement des machines dynamo-électriques. En effet, sur le *Morosini*, où une des machines électriques fonctionne continuellement, les hématies étant en nombre presque normal, la moyenne d'hémoglobine dans les torpilleurs fut de 79 ; tandis que sur le *Lombardia* où les machines électriques étaient depuis un mois en repos, la moyenne fut de 92.2

On a aussi une discrète diminution d'hémoglobine dans les matelots appliqués aux travaux dans les tranches.

3e Des dates d'admission et d'embarquement on infère que l'oligochromémie apparaît depuis quelques mois et dure plusieurs années (18-10 dans les caporaux chauffeurs et torpilleurs).

4o Le dommage subi par l'organisme dans le contenu d'hémoglobine du sang est de peu d'entité et devient rapidement réparé, aussitôt que l'individu s'éloigne de l'ambiant du travail.

Après avoir fait par hasard l'observation de ce fait, nous avons pu le confirmer en examinant e sang, avant le départ et aussitôt après le retour à bord, d'un certain nombre d'invidus qui allèrent en permission. Nous y avons trouvé que la quantité d'hémoglobine avait considérablement augmenté jusqu'à atteindre la moyenne normale.

5e La diminution d'hémoglobine se montre extérieurement par la pâleur du visage, mais elle est tolérée par l'organisme sans troubles apparents et n'a aucune influence sur la constitution générale. En effet, le rapport entre le poids du corps et la taille est dans les chauffeurs de 38.40 0/0 manquants et dans les torpilleurs de 77.47 0/0 manquants ; tandis que dans les élèves chauffeurs à peine entrés au service ce rapport est de 58.82 0/0 manquants et dans l'étude de MM. Cognetti et De Conciliis pour le personnel vivant au grand air il est de 52.29 0/0 ;

6e L'oligochromémie est proprement du bas personnel, c'est-à-dire, caporaux et simples chauffeurs, mais on ne la trouve pas dans les maîtres. En effet dans ceux-ci la moyenne de l'hémoglobine est de 96,4.

Cette différence s'explique par les différentes conditions de travail physique et de repos et par l'alimentation plus réparatrice des gradés ;

7o On ne peut pas conclure d'après les présentes recherches si l'oligochromémie est plus ou moins accentuée sur quelques types de navires. Il est probable qu'elle manque sur quelques autres, comme aussi qu'elle prédomine dans certaines campagnes (tropicales, polaires) ;

8o On trouve cet appauvrissement d'hémoglobine dans tous les chauffeurs qui prêtent service aux machines et aux chaufferies de bord ; ceux au contraire, qui sont appliqués à la conduite des

chaloupes à vapeur, quoique sujets à un travail fatigant, présentent généralement une constitution du sang normale;

9° Les auteurs attribuent l'anémie des chauffeurs au défaut, ou au manque de ventilation des locaux intérieurs. Cette affirmation qui n'est pas actuellement appuyée par quelque preuve décisive, pourra être éclaircie et appréciée seulement par la méthode expérimentale, qui introduite depuis peu dans l'hygiène navale, promet des fruits non moins beaux, que ceux apportés aux autres branches de l'hygiène générale.

L'influence de la ventilation doit être étudiée séparément dans ces facteurs principaux, insuffisant renouvellement d'air, présence dans l'atmosphère des produits carboniques en proportions excessives et température élevée.

A notre avis, il ne reste en cause que la température élevée.

Il y a cependant un autre facteur, qui peut être appelé en cause et c'est le défaut de lumière naturelle. En effet l'absence d'oligochromémie dans les cuisiniers, qui travaillent dans un ambiant chaud (35°-50°), mais bien éclairé par la lumière naturelle peut être une cause coopérante de l'appauvrissement du sang en hémoglobine.

En résumé, l'oligochromémie est provoquée par une complexion de causes, parmi lesquelles on doit avoir égard à la température élevée des lieux de travail due au manque de lumière naturelle.

On ne peut sans doute considérer définitivement complets les résultats obtenus, et il reste plusieurs problèmes, qui ne sont pas résolus, parmi lesquels celui du maintien de l'hémoglobine en rapport avec les navigations et les latitudes.

Néanmoins ils portent un rayon de lumière sur ce champ, où jusqu'à présent pullulaient luxuriants les préjugés et les conceptions formées d'avance. Il reste encore beaucoup à faire mais nous sommes satisfaits d'avoir été le pionnier dans cette nouvelle voie et d'avoir rappelé l'attention sur cette intéressante question (*XIII' Congrès internationale des Sc. médicales*).

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic

Comité de direction scientifique : MM. les Docteurs d'Arsonval, de l'Institut ; Tripier, G. Apostoli, E. Doumer, Oudin.
Rédacteur en chef : M. le Dr E. Doumer, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, docteur ès-sciences.

Ces **Annales** paraissent tous les deux mois, depuis le 15 janvier 1898, par fascicules grand in-8° d 9 feuilles chacun (114 pages), avec gravures dans le texte et planches hors texte.

Abonnement : Un an, du 15 janvier, Paris, **26** francs ; départements et étranger, **28** francs

REVUE PHILOSOPHIQUE

DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Dirigé par **TH. RIBOT**, Professeur au collège de France. (25e année 1900)
Paraît tous les mois par livraisons de 7 feuilles grand in-8°, et forme chaque année 2 volumes de 680 pages chacun
Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr.
Les années écoulées, chacune 30 fr. et la livraison 3 fr.

Revue de l'école d'Anthropologie

RECUEIL MENSUEL PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS (10e année, 1900).

La **Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie de Paris** paraît le 15 chaque de mois. Chaque livraison forme un cahier de deux feuilles in-8° raisin (32 pages.)

Abonnement : Un an (à partir du 15 janvier) pour tous pays, **10** francs ; la livraison, **1** franc.

Journal de l'Anatomie et de la Physiologie

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

Dirigé par **MATHIAS DUVAL**, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine.
Avec le concours de MM. **BEAUREGARD, RETTERER** et **TOURNEUX**.
Trente-sixième année (1900).

Ce journal paraît tous les deux mois. Il forme à la fin de l'année un beau volume grand in-8°, de 700 pages environ, avec de nombreuses gravures dans le texte et 30 planches lithographiées en taille-douce, en noir et en couleurs, hors texte.

Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr. — La livraison, 6 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan, chez tous les libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

Envoi gratis de numéros spécimens sur demande.

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS DE CALOMEL

Par M. le professeur Fournier

(Leçon clinique professée à l'Hôpital Saint-Louis).

J'ai abordé devant vous vendredi dernier une grave question, celle des injections mercurielles, et j'ai commencé cette étude par les injections mercurielles solubles, sur lesquelles vous êtes actuellement fixés. Je vais continuer aujourd'hui l'exposé de mon sujet en vous parlant des injections mercurielles insolubles ou injections rares, ces deux termes étant synonymes, car à l'inverse de la méthode précédente, qui procède par faibles doses tous les jours répétées, celle-ci consiste en injections largement espacées de fortes doses, par exemple de 5 centigrammes de calomel tous les huit ou dix jours. Je dois vous dire tout d'abord que ce traitement est à coup sûr l'arme la plus puissante contre la syphilis, le procédé le plus énergique d'administration du mercure; c'est par ce moyen qu'on obtient parfois ces guérisons stupéfiantes dont j'aurai à parler dans quelques minutes. Je ne craindrai donc pas d'y insister longuement, car il faut que vous soyez bien renseignés sur ses avantages d'abord, mais aussi sur ses inconvénients et ses dangers. Mais c'est un agent thérapeutique de premier ordre que les médecins doivent absolument connaître, et j'ai hâte d'ajouter que la méthode actuelle est tout à fait différente de l'ancienne, elle est tolérable; l'autre ne peut être qualifiée autrement que par ces mots: méthode pitoyable, lamentable, barbare, dangereuse, néfaste.

Quelques mots d'historique sont nécessaires pour justifier ces épithètes. Nos prédécesseurs avaient fait ce beau rêve: A l'aide d'une piqûre, une dose élevée d'un composé mercuriel insoluble est introduite dans l'organisme; sous l'influence des liquides de l'économie, elle se solubilise, mais lentement, jour par jour, peu à peu, par conséquent sans crainte d'intoxication, et l'organisme puise dans cette sorte de réserve la quantité du médicament qui lui est strictement nécessaire pour la guérison de la vérole. Cette théorie de l'approvisionnement n'était, ne pouvait être qu'une utopie, son application a échoué comme elle devait. Nous n'en témoignerons pas moins un très légitime hommage à l'homme qui en eut l'idée, au professeur Scarenzio, de Pavie (1864-69), et cela pour deux motifs: D'abord à cause de l'originalité toute personnelle de sa conception, et ensuite parce que cette méthode primitive, mauvaise assurément, a donné naissance à

une autre méthode qui est bonne et constitue l'un des plus précieux moyens d'agir sur la syphilis. Vous allez voir pourquoi et comment dans un instant, mais exposons d'abord ce qui concerne l'ancien procédé.

Il consistait à introduire sous la peau une dose énorme, de 20, 30, 40 et 50 centigrammes de sel insoluble. Qu'arriva-t-il? Les résultats furent désastreux. En effet, à la suite de ce traitement, s'observaient des accidents de forme multiple, à savoir : d'abord des inflammations locales, des abcès; Scarenzio, dans ses premiers essais, avait 8 abcès sur 8 injections; dans une autre série, il en notait 86 sur 88 cas. Puis c'étaient des stomatites suraiguës, gangréneuses ; dans un cas de Kopp et Schultze le malade fut atteint de stomatite grave, accompagnée d'une salivation abondante; la langue était herniée hors de la bouche, gangréneuse sur plusieurs points, la face tuméfiée rendue méconnaissable. Dans un cas de Casati, une injection de 40 centigrammes détermina une stomatite gangréneuse « si grave, dit l'auteur, que pendant plusieurs jours j'ai cru le malade en danger de mort ». Dans un troisième cas, se déclara un phlegmon sous-maxillaire avec une dyspnée telle qu'on se prépara à faire la trachéotomie. Dans un quatrième cas, le sujet présenta les signes suivants : « pâleur, abaissement de la température, sueurs froides, anxiété précordiale, faiblesse du pouls, défaillances, syncopes, albuminurie, anurie, collapsus et imminence de la terminaison fatale ».

Aussi bien, en pareil cas, à plusieurs reprises, a-t-on été tellement effrayé par l'imminence d'une intoxication mortelle, qu'on a dû faire une opération singulière à laquelle on a donné le nom de *vidange*, consistant à ouvrir largement le foyer mercuriel afin de l'évacuer le plus complètement possible. Quelquefois la vidange n'a pas été suffisante et le malade est mort. La terminaison fatale peut donc être le fait de l'injection.

Ici, il est nécessaire de produire des faits précis; les voici : tous ont été enregistrés dans la science par des observateurs dignes de foi. Kaposi, Hallopeau, Leukastviz, Lévi, citent plusieurs cas de mort à la suite des injections d'huile grise. Grueber, Kraus, Du Castel signalent des faits semblables imputables au calomel. Ces diverses observations ont été réunies dans un excellent travail de Woschler, qui n'a pas recueilli moins de dix cas mortels. J'en puis ajouter deux qui me sont personnels, ce qui porte leur nombre total à douze. Et je dois ajouter qu'il ne s'agissait pas toujours dans ces circonstances de doses élevées, de 40 centigrammes de calomel par exemple, parfois la terminaison fatale est survenue avec une injection de 10 centigrammes, dose que vous nous voyez ici même employer, quoique assez rarement. Ainsi dans un cas de Kraus, l'injection de 10 centigrammes est suivie de stomatite, vomissements, diarrhée, collapsus, mort; à l'autopsie on trouve des signes d'entérite avec perforation de l'S iliaque, péritonite et néphrite. Grueber fait trois injections de 10 centigrammes à quelques semaines d'intervalle; il a les accidents suivants : stomatite, diarrhée, épistaxis, fièvre, pâleur cireuse, anémie, émaciation, marasme, mort; et tel était, dit l'auteur, l'état de collapsus de ce malade, que nous n'osions pas faire la vidange du foyer, certain qu'il allait rester entre les mains du chirurgien pendant l'opération.

Eh bien, Messieurs, il me semble que ces faits suffisent pour condamner la méthode de l'injection massive ou de réserve de calomel. Il n'y faut jamais recourir, et pour ma part, je m'y refuse absolument, en me fondant principalement sur les deux raisons que voici :

1° C'est une méthode aveugle;

2° C'est une méthode dont le médecin ne possède pas la clé ou la direction.

Chacun de ces deux points mérite d'être examiné et appliqué :

1° Je dis que cette méthode est aveugle. En effet, Messieurs, quand nous introduisons une forte dose d'un médicament comme le calomel sous la peau de la région fessière d'un malade, savons-nous ce qui va se produire ? Nullement. Connaissons-nous d'avance la quantité de sel insoluble qui sera absorbée dans un laps de temps déterminé? Savons-nous si la proportion solubilisée demain sera égale à celle d'aujourd'hui, si l'absorption sera rapide, subite, ou lente? Sommes-nous assurés que la substance injectée va s'encapsuler dans une gangue de tissu inflammatoire, comme on l'a dit? En aucune façon. Nous traitons l'organisme en consommateur affamé, nous lui donnons une ration d'approvisionnement pour quinze jours; c'est agir là à l'aveugle, et il n'est pas permis de procéder de cette façon;

2° En second lieu, je déclare que la direction de ce traitement nous échappe entièrement, une fois l'injection faite. Ceci résulte du principe même des injections rares. Avec les autres systèmes, pilules, frictions, injections solubles, il en est tout autrement : on peut en effet suivre jour par jour les effets de la médication, et s'il y a lieu, augmenter, diminuer ou suspendre les doses : nous avons la clé de ces méthodes; pour celle des injections massives, nous sommes réduits à l'expectation en présence de ses résultats bons ou mauvais.

Sans doute, et c'est là l'objection que n'ont pas manqué de nous faire les partisans des injections massives, il y a la ressource de pratiquer la vidange du foyer mercuriel, opération agissant à la manière d'une soupape de sûreté pour prévenir les accidents d'intoxication. Mais n'est-ce donc là qu'un inconvénient négligeable, cette éventualité d'une intervention véritablement chirurgicale, exigeant l'emploi du chloroforme et pouvant se terminer d'une façon imprévue? Qu'on donne la parole aux malades sur ce sujet, et je doute qu'ils s'accommodent volontiers d'un pareil aléa.

Pour toutes les raisons que je viens de voir énumérer, l'injection massive est condamnée et absolument proscrite actuellement.

Et cependant, c'est de cette méthode barbare et inapplicable qu'est née la méthode pratique, tolérable et presque parfaite que nous possédons aujourd'hui et qui, je ne crains pas de le répéter, constitue notre meilleur moyen d'agir d'une façon intense sur la syphilis. Cette transformation n'est pas l'œuvre d'un homme, c'est le résultat des efforts combinés de tous, efforts multiples et divers tendant au même but, celui de rendre acceptable un traitement qui ne l'était pas. J'ai personnellement contribué à ce progrès. Voici comment nous y avons été amenés. Il paraissait évident que l'ancienne méthode, à côté des accidents, des catastrophes, des morts qu'elle avait causées, possédait à son actif des résultats merveilleux, des guérisons magiques, obtenues presque séance tenante. Il était tout naturel, par suite, de chercher à modifier le procédé de façon à le sevrer de ses dangers tout en utilisant ses heureux effets. C'est ainsi qu'on est arrivé à établir la méthode nouvelle, qui, rigoureusement, devrait s'appeler méthode des injections massives *atténuée*, mais que l'on désigne sous le nom de méthode des *injections rares*. La réforme a principalement porté sur les points suivants : d'abord on a diminué les doses employées; puis on a multiplié les mesures d'antisepsie, lavage des mains, asepsie de la seringue, etc. Enfin, on a choisi des régions tolérantes et converti l'injection sous-dermique en intra-musculaire, celle-ci étant bien mieux tolérée. On a constitué de la sorte un traitement nouveau, dont il me reste maintenant à vous parler.

Il consiste essentiellement à injecter, tous les huit ou dix jours, sous la peau et dans le muscle, une dose de 5 à 8, ou quelquefois 10 centigrammes de calomel. Nous allons étudier successivement chacun des éléments dont se compose le traitement :

Technique. — De cette technique, que je vous décrivais déjà vendredi dernier, aucun détail ne doit être négligé. L'antisepsie la plus rigoureuse est de règle absolue. Il est nécessaire de porter l'injection profondément, dans les muscles, et de la faire en *deux temps*, à savoir : premier temps : introduction de l'aiguille ; deuxième temps : injection, *s'il ne s'écoule pas de sang* ; car dans le cas contraire, on risque de produire une embolie pulmonaire si la substance solide injectée pénètre dans le vaisseau piqué d'où provient l'hémorragie. Il existe une série de cas de ce genre, dont vous trouverez l'analyse dans une thèse récente ; je citerai comme exemple le suivant, qui est très longuement raconté par Rey et Jullien, d'Alger, qui en furent les témoins, et que je résumerai en quelques mots : il s'agit d'une femme kabyle qui vient se faire traiter par les injections de calomel à l'hôpital d'Alger ; on lui fait plusieurs piqûres, une quinzaine environ, sans observer d'accident. Un jour, il s'écoule du sang par la canule, on n'y prend pas garde et l'on fait l'injection quand même ; deux minutes après la malade s'affaisse, jette des cris de douleur, se débat violemment en proie à une angoisse extrême ; elle commence à tousser et à cracher du sang d'une façon incessante, et ce symptôme persiste durant trois semaines. C'est là un cas d'embolie pulmonaire bien manifeste et subit. D'autres cas analogues sont relatés par Muller, Schultze, etc. Il faut donc, en pareil cas, faire l'injection en deux temps comme nous l'avons indiqué.

Composé mercuriel à employer. — Ici, on a essayé une multitude de corps : l'oxyde jaune, le calomel, le mercure, l'oxyde noir, l'oxyde rouge, le cinabre, le protoiodure, le tannate, le phosphate, le salicylate, le phénate de mercure, etc., etc., mais, de l'aveu de tous les expérimentateurs, le calomel est le remède de choix, le plus sûr et le plus énergique dans le cas qui nous occupe. Parlons donc du calomel.

Préparation des injections de calomel. — Cette partie de l'opération concerne le pharmacien, cela va sans dire, mais vous devez néanmoins connaître les particularités qui la distinguent et qui sont relatives à la nature du principe lui-même et au choix du véhicule. L'injection doit être faite : 1° Avec du calomel à la vapeur, et non avec le précipité blanc, lequel offre l'inconvénient de produire des grumeaux gênant beaucoup l'opération ; 2° Ce calomel doit être porphyrisé, lavé soigneusement à l'alcool bouillant, puis séché à l'étuve. Comme véhicule, on a essayé l'eau simple, les eaux distillées, l'eau gommeuse, l'huile de vaseline, d'olive, d'amandes douces, toutes les espèces d'huiles végétales : on s'est arrêté à cette formule :

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50
Huile d'olive stérilisée.....	10 grammes

Une seringue de Pravaz ou 1 gramme de cette préparation, contient donc 0 gr. 05 de calomel.

Quelquefois, on ajoute 1 centigramme de cocaïne pure par 5 centigrammes de calomel, mais je n'ai pas vu pour ma part en résulter une diminution de la douleur de l'injection.

Doses. — A quelle dose faire les injections ? Ici vous comprenez que la tolérance individuelle est extrêmement variable ; cependant, les nombreuses recherches faites jusqu'ici montrent que la dose tolérée est d'environ 5 centigrammes. Cette dose, efficace dans la majorité des cas, peut et doit être diminuée dans certains cas, peut être augmentée dans d'autres. En général, la dose doit être en rapport avec l'âge et le poids du sujet. Si vous ne connaissez pas la réactivité de votre malade, si surtout vous avez affaire à un individu petit, chétif, de peu de poids, d'apparence peu résistante, faites la première injection à 3 centigrammes. Si cette dose d'essai est bien supportée, vous ferez la seconde à 5 cen-

tigrammes. Si cette dernière dose reste inactive, vous monterez successivement à 7, 8, voire à 10 centigrammes.

Direction du traitement. — On est arrivé empiriquement à cette règle : une injection de 3 à 5 centigrammes par semaine: ou bien tous les dix jours environ. Quatre, cinq ou six de ces injections constituent ce qu'on appelle la cure de calomel.

J'aborde maintenant la question la plus importante, celle de la valeur de ce traitement, question fort complexe comportant, comme vous l'allez voir, une foule de points secondaires. Il y a lieu tout d'abord, de savoir quel est le *rendement thérapeutique*, de là mon opinion dans les proposions suivantes :

1° *Dans presque tous les cas le traitement par les injections de calomel est actif et puissant*;

2° *En nombre de cas c'est un traitement véritablement intensif, énergique, produisant d'excellents résultats*;

3° *En quelques cas les résultats de ce traitement sont véritablement stupéfiants, extraordinaires comme intensité thérapeutique.*

Légitimons ces trois points. Je passe sur le premier, parce qu'il a été démontré des milliers de fois et qu'il est accepté de tous sans conteste.

Pour nous convaincre de la réalité de la seconde proposition, il suffit d'analyser ce que nous avons observé ici, conformément à ce qu'ont affirmé tous les expérimentateurs; l'injection de calomel est une médication puissante, tout à fait énergique, contre les divers cas suivants, par exemple : contre les syphilides, non pas seulement les s. secondaires, faciles à effacer, mais contre les s. lichénoïdes, palmaires et plantaires, qui sont si résistantes; elle est efficace sontre les s. malignes, les ulcérations gommeuses, enfin, contre les glossites hypertrophiques.Ceci encore n'est pas contestable.

J'arrive au troisième point, qui est le plus intéressant et le plus important de tous : positivement, avec le calomel, on fait, quelquefois (je ne dis pas *toujours*, bien entendu), ce que l'on ne pourrait faire avec nulle autre préparation, bien certainement. Des observations à l'appui existent nombreuses dans les recueils spéciaux, les thèses, les monographies, etc. Citons seulement ce que nous avons vu ici depuis un an : ce sont là des cas extraordinaires, dont quelques-uns d'entre vous se souviennent sans doute :

1. Chancre phagédénique de la langue, mesurant 7 × 4 centimètres, considéré d'abord comme une glossite tertiaire ou un épithéliôme. Guéri (miraculeusement) en quinze jours sous l'influence de deux injections de calomel.

2. Cas de syphilis maligne guéri d'une façon particulièrement heureuse et rapide.

3. Cas de syphilis tuberculeuse du visage, modifiée dès la deuxième ou troisième injection.

4. Cas de pagédénisme nasal énorme, rebelle à tout traitement mercuriel jusqu'à ce jour, guéri en trois semaines.

5. Glossite tertiaire (*langue en bois*) guérie.

6. Cas véritablement magique : femme atteinte de syphilis maligne précoce intense, avec laryngite et menace d'asphyxie ayant fait préparer la trachéotomie : guérie par *une* injection de calomel. Dès le troisième jour, la respiration devenait facile...

Vous voyez donc que ce traitement, presque toujours actif, est souvent puissant et en quelques cas prodigieusement efficace. Je tiens d'abord à vous faire remarquer que je me range parmi les plus fervents admirateurs du calomel, car dans ce traitement, la médaille a un revers, et tout à l'heure, quand vous m'entendrez accuser le calomel de gros méfaits, vous pourriez m'en croire un détracteur, ce qui est bien loin de la vérité.

Mais il y a ici, Messieurs, un danger auquel succombent certains de nos confrères : c'est l'emballement, si vous voulez me permettre cette expression. Jugeant le calomel d'après les résultats merveilleux dont je viens de parler, on est arrivé à doter ce remède d'une puissance quasi-divine, que l'on a saluée en termes apologétiques; je trouve dans différents ouvrages des phrases comme celles-ci :

« Le traitement par le calomel, mais c'est un traitement désormais supérieur à tout autre, c'est la méthode par excellence du traitement de la syphilis. »

« Cette méthode s'est placée d'emblée au-dessus de toutes les autres par sa sécurité et sa puissance. »

« 40 centigr. de calomel suffisent au traitement d'une syphilis moyenne. »

« C'est là le traitement le plus sûr, le traitement qui s'assure des guérisons définitives. Après un traitement de cet ordre, il ne reste plus à craindre que quelques escarmouches dont l'iodure viendra facilement à bout. »

Un de nos confrères n'a-t-il pas doté cette méthode de vertus *abortives* et *jugulantes*? « Ainsi, dit-il, il suffirait de quelques injections de calomel pour tuer *en germe* la syphilis et l'anéantir aussi sûrement dans l'avenir que dans le présent. »

Eh bien, messieurs, le calomel n'est malheureusement pas aussi infaillible qu'on voudrait le supposer. Il comporte même des désagréments, des inconvénients et des dangers. Pour préciser, je lui adresserai deux reproches principaux :

Le premier, c'est comme tout remède d'ailleurs, d'avoir des défaillances et des échecs. Ce fait est reconnu par de nombreux auteurs, Diday, Béhier, Vennemann, Wincker, Fournier. Voici des cas observés ici :

1. Une syphilis maligne précoce qui a été si faiblement influencée par le calomel que nous avons dû y renoncer.

2. Une syphilide tuberculeuse péri-labiale qui a résisté sans être modifiée à onze injections de calomel.

3. Un cas de phagédénisme guttural où le calomel a complètement échoué.

4. Enfin de très nombreux cas de syphilis cérébrale. Le calomel ne nous rend donc pas maîtres de la syphilis cérébrale, comme on l'a soutenu.

Je pourrais multiplier ces exemples ; ils sont concluants : *Le calomel a ses échecs.*

Le deuxième reproche est celui-ci : *Le calomel a ses récidives* (ou laisse se reproduire ce que l'on appelle des récidives). — Le calomel n'empêche pas les accidents syphilitiques de rentrer en scène. Les exemples en sont fréquents. Par exemple, le malade plus haut cité, qui, au bout de 15 jours, fut guéri d'un horrible chancre lingual phagédénique, nous revint trois semaines plus tard avec une énorme ulcération secondo-tertiaire sur la langue. Nouveau traitement, nouveau succès en 10 à 12 jours ; mais la lésion récidiva un mois après. Le calomel *blanchit* la vérole, sans avoir d'action profonde sur l'organisme. On a déjà dit, et il est presque superflu de le répéter : autant son effet actuel est intensif, quelquefois merveilleux, autant son action future paraît incertaine (?).

Il y a plus, on a vu parfois des accidents en plein cours de traitement : un malade arrive ici avec une iritis à droite ; on la traite : succès ; mais une iritis à gauche se déclare en plein cours de traitement. Chez un autre traité pour syphilide de mauvaise forme survient la paralysie de la troisième paire dans les mêmes circonstances.

Mais voici, Messieurs, qui est le plus grave des reproches que l'on puisse adresser au calomel : s'il a ses échecs et ses récidives, il comporte aussi des désagréments, des inconvénients et des dangers.

Nous nous trouvons sur ce sujet en présence d'opinions absolument discordantes.

Pour ne parler en ce moment que des extrêmes, les uns, que j'appellerai les optimistes, trouvent que tout est au mieux dans le traitement : « Pas d'accidents, douleur tolérable (Julien, en 12 ans de pratique, ne rencontre que 2 malades chez qui la douleur et le gonflement rendirent le remède difficilement supportable), pas de salivation. Les accidents qu'on lui a reprochés sont le fait de l'inexpériene, d'erreurs, de négligence, etc. »

Les autres, ennemis déclarés du calomel, condamnent la méthode comme *surchargée* d'ennuis, de désagréments, d'accidents, etc. ; lui reprochent de déterminer des douleurs abominables, de rendre les malades *éclopés*, infirmes, boiteux pour plusieurs jours. Tel, par exemple, raconte (par écrit) qu'ayant essayé sur un de ses clients les injections de calomel, il a produit à la fesse un phlegmon si intense qu'il a été épouvanté et s'est bien promis de ne plus recommencer. Tel autre accuse le calomel d'avoir produit une stomatite grave. Tous s'accordent pour reconnaître que c'est là une méthode non pratique, parce qu'elle expose trop le malade et le médecin. Un de nos collègues écrit ceci :

« On n'a qu'ennuis, désagréments et appréhensions avec la méthode du calomel ; c'est une méthode abominable, à mettre en fuite la clientèle. Les malades acceptent le système la première fois, mais quand ils en ont goûté, ils n'en veulent plus, et pour cause. »

Que de fois, dans des consultations en ville, m'a-t-il été absolument impossible de faire accepter à des collègues, dans des cas urgents, les injections de calomel !

Un de nos plus distingués confrères a voulu faire par lui-même l'expérience de l'injection de sel insoluble, particulièrement de calomel, et il s'exprime en ces termes :

« J'affirme qu'il suffit d'avoir subi une fois une injection de sel insoluble, surtout de calomel, pour en être dégoûté à tout jamais et pour ne pas s'en servir sur ses malades. La douleur est atroce. »

Nous voici donc, messieurs, en face de deux camps diamétralement opposés. Il y a selon toute vraisemblance, des exagérations de part et d'autre. Où est la vérité ? Sans doute dans une opinion intermédiaire faisant la part des avantages et des inconvénients de la méthode sans parti pris et dans une mesure qu'il nous reste à fixer.

Il est tout d'abord incontestable que c'est un moyen précieux et sans équivalent dans certains cas, une médication active et puissante sur laquelle le médecin peut et doit compter ; mais il n'est pas moins exact que les injections de sels mercuriels insolubles présentent des inconvénients, voire des dangers qui dans maintes circonstances en restreignent malheureusement les applications. A ce point de vue les observateurs sont donc diversement partagés, les uns, les optimistes exagérant les qualités du calomel et l'exonérant de tous ces mauvais effets, les autres, au contraire, proscrivant la méthode de la manière la plus absolue, sans égard pour ses bons résultats. Entre ces deux opinions extrêmes, vous trouverez tous les intermédiaires possibles. Où est la vérité ? C'est ce que j'ai essayé de déterminer et, après un nombre considérable de recherches poursuivies dans ce sens, voici les résultats auxquels je suis arrivé, en ce qui concerne l'injection de 5 centigramme, couramment employée dans le service et que j'ai prise comme type. Pour que cet exposé soit clair et méthodique, je rangerai les inconvénients, les ennuis et les dangers que présente ce mode de traitement sous les cinq chefs suivants :

1° La stomatite ;
2° Les phénomènes gastro-intestinaux ;
3° Les phénomènes d'intoxication ;
4° Les accidents de réaction locale ;
5° La douleur.

Nous examinerons successivement ces différents accidents.

Stomatite. — Vous vous rappelez qu'avec les injections massives nous avions à déplorer des stomatites très graves, surintenses, gangréneuses, etc., dont la crainte suffit à faire proscrire cette méthode. Avec l'injection de 5 centigrammes, il en est tout autrement. Ce n'est pas à dire, cependant, que le calomel ainsi administré ne détermine un certain degré d'inflammation du côté de la cavité buccale, mais tout se borne, dans l'immense majorité des cas, à une légère gingivite, caractérisée par le boursouflement des gencives, par quelques ulcérations peu profondes, avec un état blanchâtre de la langue, un ptyalisme modéré, puis tout rentre dans l'ordre. On a cependant observé exceptionnellement une stomatite grave (cas de Verchère). Je dois dire, à ce propos, qu'il y a deux circonstances où ces injections pourraient amener des désordres aussi sérieux et doivent être rejetées : c'est d'abord chez les malades atteints déjà d'une stomatite due à une cause quelconque : d'où le précepte de bannir le calomel chez les gens dont la cavité buccale n'est pas en parfait état. En second lieu, c'est chez la femme ; celle-ci, en effet, bien qu'ayant en général la bouche mieux soignée qu'elle n'est chez l'homme, offre à la médication calomélique une moindre résistance par suite de son infériorité réelle comme poids et comme vitalité. Aussi bien est-il mauvais d'employer indifféremment dans les deux sexes la même dose de 5 centigrammes. Il faut l'abaisser à 4 ou 3 centigrammes pour la femme : telle est la règle que conseille la prudence. Ces deux réserves faites, on peut considérer les accidents buccaux provenant du fait de l'injection comme tout à fait négligeables.

Phénomènes gastro-intestinaux. — On peut observer, même à la suite d'une seule injection de 5 centigrammes, des coliques et de la diarrhée durant de deux à six jours et quelquefois, mais rarement, de la diarrhée sanguinolente et dysentériforme (observation de Barthélemy).

Phénomènes d'intoxication. — Nous appelons ainsi les accidents généraux, c'est-à-dire l'embarras gastrique et la fièvre, ces deux symptômes pouvant évoluer isolément ou être associés. Il arrive parfois qu'après une injection, le malade est pris de perte d'appétit, de nausées, de vomissements, de malaise général, d'abattement, d'embarras gastrique. Plus fréquemment encore, le calomel provoque une fièvre très légère, une *fébricule* calomélique, ne dépassant guère 38° à 38°5 avec 90 à 100 pulsations par minute. Cet état se dissipe au bout de deux ou trois jours. Cette fièvre est en relation si étroite avec l'injection, que certains malades l'éprouvent de nouveau à chaque nouvelle piqûre. Cet accident est assez fréquent ; Portalier l'a noté dans 25 0/0 des cas, sur un total de 400 injections. Mais il n'a constaté qu'une fois et demie pour cent une fièvre forte, atteignant 39°.

En somme, les accidents que nous venons de passer en revue sont sans aucune gravité et ne constituent pas, à quelques exceptions près, de contre-indication à l'emploi des injections de calomel. Mais il n'en est plus de même de ceux qu'il nous reste à étudier, et qui sont malheureusement très communs : je veux parler des phénomènes de réaction locale et surtout de la douleur occasionnés par les injections de calomel.

Phénomènes de réaction locale. — Il y en a de trois ordres ; ce sont : la tuméfaction de la fesse, les nodi et les abcès.

Le premier de ces phénomènes est presque constant. Cependant, pour être absolument conforme à la vérité, il est nécessaire de signaler l'existence possible de quelques cas exceptionnels dans lesquels cette tuméfaction fait totalement défaut : ceci s'observe particulièrement chez les sujets atteints de troubles nerveux, comme les tabétiques et

les malades présentant de la syphilis cérébrale : ces individus sont complètement insensibles à la piqûre et l'on n'observe chez eux aucun phénomène réactionnel, ni tuméfaction, ni douleur ; je pourrais vous citer à cet égard, l'exemple d'un jeune homme frappé d'un début de paralysie générale à la suite de l'infection syphilitique, chez lequel j'ai pratiqué jusqu'ici sept injections de calomel sans déterminer le moindre symptôme. Mais ce sont là des cas absolument exceptionnels que je vous signale tout de suite pour n'avoir plus à y revenir, et la règle est la suivante : dès le lendemain de l'injection de 0 gr. 05, la fesse se tuméfie, devient plus grosse qu'à l'état normal, et cet état dure deux ou trois jours, après quoi la partie reprend son aspect primitif. Cette tuméfaction de la fesse est d'ailleurs susceptible d'offrir des degrés très variés d'intensité ; Portalier, qui a très bien étudié ce sujet, est arrivé aux constatations suivantes : sur 400 injections, il a trouvé :

Une tuméfaction légère	152	fois
— moyenne, sans rougeur	162	—
— assez considérable, avec rougeur	57	—
— considérable, phlegmoneuse	10	—

Cet accident est généralement des plus bénins et disparaît en quelques jours sous l'influence du repos et de quelques bains. Cependant je dois vous signaler une forme particulière que revêt parfois la tuméfaction fessière et qui lui communique une apparence de grande gravité pouvant donner lieu à des craintes excessives et à des interventions inutiles : c'est ce qu'on a appelé le pseudo-phlegmon calomélique, qui se caractérise par le gonflement et la rougeur inusités de la région ; en présence de ce fait, le médecin inexpérimenté ou non prévenu est tenté de faire des incisions libératrices dans ce qu'il croit être un futur abcès : plus d'une fois, on a ainsi agi. Gardez-vous en bien, cette inflammation disparaissant spontanément au bout de quelques jours comme dans les cas ordinaires.

Un autre accident qui n'est pas moins bénin que le précédent, mais qui est pas plus désagréable pour le malade, c'est le nodus. Vous savez tous que l'on désigne sous ce nom une sorte de petite tumeur d'un volume variable, en général de la grosseur d'une châtaigne, dans certains cas ne dépassant pas celle d'une bille, d'autres fois au contraire atteignant les dimensions d'une noix, d'un œuf et même du poing, qui se développe au bout de quatre ou cinq jours au niveau de la piqûre ; cette tumeur est dure, ferme, résistante ; le malade en souffre peu, elle est plutôt sensible que vraiment douloureuse ; d'autre part elle aboutit toujours spontanément à la régression et à la disparition, mais tout l'ennui vient de sa durée assez considérable. Le nodus persiste, en effet, deux mois au minimum ; très rares sont les cas où il ne dure qu'un mois ; parfois au contraire, il ne se résorbe pas avant trois ou quatre mois, j'ai même vu son existence se prolonger pendant six mois, et plusieurs auteurs, Barthélemy, Verchère, Morel-Lavallée, citent des faits où les nodi se retrouvaient encore au bout d'un an. C'est donc là un léger désagrément qui, lorsqu'il se produit, n'est pas sans importuner le malade dans une certaine mesure. Aussi n'est-il pas sans intérêt de savoir s'il est fréquent, inévitable comme disent les uns, ou absolument rare, selon d'autres ; des nombreuses enquêtes que j'ai faites à ce sujet, il résulte que le nodus se présente dans les deux tiers des cas des injections de calomel.

Il serait également intéressant de déterminer la cause qui préside à la formation des nodi. Malheureusement toutes les recherches poursuivies dans ce but ont été absolument vaines jusqu'à présent et ont eu pour unique résultat de démontrer que le nodus était absolument capricieux dans son apparition comme obscur de sa nature. En effet, il est un fait certain et démontré actuellement, c'est que dans différents cas où les mêmes pré-

cautions ont été prises, toutes choses étant égales d'ailleurs (même préparation de calomel, même seringue à injections, etc.), le même opérateur a vu le nodus tantôt apparaître, tantôt faire défaut sans qu'on puisse assigner à ces faits une explication plausible. Il y a des malades qui n'ont jamais de nodi ; on pourrait croire alors qu'il s'agit là d'une question d'idiosyncrasie ; mais il n'en est rien, c'est pur hasard de série, car le sujet qui paraissait réfractaire à la petite tumeur rétro-trochantérienne, tout d'un coup, à la suite d'une nouvelle injection pratiquée toujours dans les mêmes conditions, se voit affligé de ce petit accident. En voulez-vous des preuves ? Ici même, on pratique sur un malade de nos salles sept injections de calomel successivement sans voir apparaître la moindre trace d'inflammation nodulaire ; à la suite de la huitième, faite dans des conditions absolument identiques aux précédentes, survient chez lui un énorme nodus. Nous ignorons donc complètement jusqu'à présent la cause et le mécanisme du processus.

Les abcès constituent le troisième ordre de phénomènes réactionnels qui peuvent déterminer localement les injections de calomel. Il y a à cet égard une différence considérable entre les résultats de la nouvelle et de l'ancienne méthode, qui est tout à l'avantage de la première. Vous vous rappelez en effet que cet accident était extrêmement fréquent à observer à la suite des injections massives ; c'est ainsi que Scarenzio dans ses premières tentatives comptait autant ou presque autant d'abcès que d'injections, 6 sur 6, 84 sur 86. Avec l'injection de 5 centigr., voici les chiffres obtenus : ici, sur 500 injections, nous avons eu environ 13 abcès ; Portalier, sur 400 cas, en a constaté 4; Feulard et Verchère n'en ont pas observé un seul, l'un sur 60, l'autre sur 67 injections au calomel. Le résultat global tiré de la réunion de ces statistiques, qui sont les plus récentes, fixe à 1,6 0/0 seulement la fréquence moyenne de cette complication. Elle est donc assez rare. Néanmoins, on peut se demander s'il serait possible d'obtenir mieux encore, de supprimer complètement les abcès en multipliant les précautions antiseptiques. Malheureusement, je ne crois guère que l'on puisse arriver par ce moyen à prévenir le phénomène, car celui-ci, par sa nature même, ne relève pas de l'influence microbienne, et cette particularité prouve en même temps surabondamment que l'injection qui lui donne naissance a été parfaitement aseptique. Les abcès caloméliques ont pour signe distinctif en effet, d'être aseptiques et amicrobiens, ainsi que l'ont démontré les analyses de Balzer, qui considère ces faux abcès comme étant des foyers de nécrose.

Ils sont invariablement constitués par une masse offrant un aspect de purée couleur chocolat ; ils se développent non au point où l'on observe les nodi, mais sur le trajet suivi par l'aiguille lors de l'injection : ils sont indolores et insidieux dans leur apparition.

Si nous voulons résumer ce qui a trait aux différents accidents que nous venons d'énumérer, nous pouvons dire que, somme toute, il n'en est aucun qui puisse constituer une véritable contre-indication aux injections caloméliques : la tuméfaction fessière, importune seulement est passagère ; le nodus est un peu plus gênant, sans doute, et, de plus, très commun (2 sur 3), mais c'est un accident tolérable. Quant à l'abcès, il est très rare (1 1/2 0/0).

L'accident principal à redouter, celui qui est la base de l'argumentation entre partisans et adversaires de la méthode, c'est la douleur engendrée par les injections de calomel.

Les uns considèrent la douleur comme rare, les autres comme fréquente et intolérable. Il semblerait au premier abord qu'une pareille dissidence ne puisse longtemps subsister et dût s'évanouir devant les résultats de quelques expériences comparatives bien conduites. Le problème est cependant beaucoup plus délicat et complexe que l'on

croirait, et voici pourquoi : la douleur n'est ni constante ni de même intensité, non seulement suivant les cas, mais chez le même malade suivant les jours.

En voici deux exemples tirés de notre service : Un sujet reçoit quatre injections successives : à la première, pas de douleur, à la seconde, douleur tolérable ; à la troisième, douleur horrible se prolongeant pendant quatre jours, à la quatrième, douleur faible. Chez un autre, les deux premières injections sont absolument indolores, le malade raille ses camarades sur leurs souffrances ; mais la troisième injection est suivie de douleurs abominables qui le retiennent cinq jours au lit; à la quatrième, douleur de moyenne intensité. Il y a donc là une question de séries. Pour éliminer cette cause d'erreur dans l'appréciation du traitement, il est donc nécessaire de recueillir un grand nombre d'observations, et c'est pourquoi, dans les recherches que nous avons faites avec M. Portalier sur ce sujet, nous avons basé nos conclusions sur un total de 400 injections. Pour rendre nos observations plus précises, nous avons classé les divers degrés de la douleur, accusée par les malades sous les dénominations suivantes : douleur nulle, légère-moyenne, vive, très vive, excessive.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés se répartissent de la façon suivante :

Douleur nulle	3 0/0
— légère	37 0/0
— vive	38 0/0
— très vive	18 0/0
— excessive	3 0/0

Par conséquent, on peut dire d'une façon schématique que, sur cinq injections de calomel, deux en moyenne sont bien tolérées, les trois autres sont douloureuses (3 sur 5), et ici deux fois la douleur est moyenne, une fois (1 sur 5), elle est très vive, et 3 fois sur cent elle peut devenir excessive. Je pourrais vous citer à l'appui beaucoup d'autres statistiques, notamment celles des docteurs Gastou, Alglave, Deschamps, Verchère, Barthélemy, qui, comprenant dans leur ensemble près de 1200 cas, aboutissent à des conclusions identiques aux nôtres.

Vous voyez donc que la fréquence des douleurs post-caloméliques est considérable. Cela posé, examinons les caractères cliniques qu'elles présentent. Tout d'abord, un fait intéressant et curieux à noter, c'est qu'elles ne sont jamais immédiates; à cette règle, il y a cependant de très rares exceptions. C'est ainsi, par exemple, qu'une de nos malades, qui était venue se faire piquer, ressentit un quart d'heure après sa sortie de l'hôpital, une douleur telle qu'elle s'affaissa sur le trottoir et dut réclamer l'assistance d'un agent pour se faire transporter en voiture chez elle. Mais en général, les malades ne ressentent rien encore le premier jour, c'est 36 heures plus tard que la douleur commence à se révéler. Elle siège à la fesse, et pour la caractériser, nous empruntons aux malades eux-mêmes les comparaisons tirées de leur imagination ou de leurs souvenirs ; ils disent que cette douleur est semblable à celle causée par un coup de bâton, un coup de pied, une chute faite en patinant, une chute de cheval, etc. En résumé, elle affecte le caractère d'une meurtrissure ou d'une contusion. Elle est le plus souvent cantonnée à la fesse, mais parfois elle s'irradie le long de la cuisse, de la jambe, et cette douleur irradiée peut s'étendre aux orteils sous forme de fourmillements et de sensibilité anormale, ainsi que l'a signalé Verchère. Cette douleur s'accompagne nécessairement d'un certain nombre de troubles fonctionnels, tels que de la gêne pour s'asseoir, pour se maintenir dans le décubitus dorsal, l'obligation pour le malade de se coucher sur le côté opposé à la piqûre; l'impossibilité de fléchir la jambe, de se vêtir, etc., mais le symptôme le plus frappant et le plu

caractéristique est la gêne dans la marche, la claudication : souvent les malades boîtent, traînent la jambe, et sont forcés de s'aliter pendant 2 ou 3 jours, voire davantage (jusqu'à 5 jours), mais en somme, cela dure peu et la plupart des patients en prennent assez gaiement leur parti. J'ajoute que cet inconvénient se manifeste surtout à la ville, où les malades sont forcés d'interrompre leur travail ; à l'hôpital, il peut passer inaperçu parce que c'est assez l'habitude des sujets de rester couchés par désœuvrement.

Mais le tableau clinique peut devenir plus complexe ; à la douleur viennent s'ajouter des phénomènes généraux, de la fièvre. Ce fait présente un intérêt tout particulier en ce sens qu'il s'observe presque exclusivement chez certains malades qui voient la fièvre et la douleur reparaître, pour trois ou quatre jours, à chaque nouvelle injection. C'est là une indication dont vous allez comprendre toute l'importance au point de vue qui nous occupe, celui des contre-indications de la méthode des injections de calomel. Il est évident qu'il s'agit en pareil cas, en effet, d'une *intolérance* individuelle. Il existe vis-à-vis des injections caloméliques comme on l'observe du reste à l'égard d'autres médications, des intolérants, surtout chez les femmes. Il serait absolument irrationnel de s'autoriser de faits de ce genre pour condamner la méthode : il est évident que celle-ci doit être abandonnée pour la cure de ces malades, comme le serait toute autre méthode en pareille circonstance, mais ceci ne saurait compromettre d'une façon définitive la valeur de ce traitement dans la généralité des cas de syphilis grave. En tout cas ces malades, qu'ils soient des intolérants réels ou par persuasion, sont fort à plaindre s'ils ont fait l'essai malencontreux d'une première piqûre : la crainte du remède les conduit à l'abandon du médecin, ils perdent confiance et ne se traitent d'aucune façon. Or, je n'ai pas besoin d'insister sur les dangereuses conséquences de cette abstention. A ce point de vue, il est évident que la douleur produite ou appréhendée chez le malade constitue un inconvénient très grand de la méthode.

Pour terminer cette étude, il me reste à formuler les conclusions pratiques qui résultent de tous les nombreux faits que j'ai examinés devant vous dans cette leçon et dans la précédente. On peut les résumer de la façon suivante :

1° La méthode des injections de calomel n'est pas, ne peut pas être considérée comme un mode de traitement usuel, courant, répété de la syphilis, parce qu'elle présente trop de désagréments, de gêne et d'ennuis pour pouvoir être continuée pendant longtemps, pendant plusieurs années, ce qui est la condition essentielle d'une cure sérieuse mettant dans la plus large mesure possible à l'abri d'accidents syphilitiques graves ;

2° Elle ne doit pas être considérée non plus comme d'exception. C'est une méthode d'indication, c'est-à-dire s'adressant à des accidents graves demandant à être promptement conjurés, tels que : complications médullaires ou cérébrales, iritis, phagédénisme, syphilis palmaires et plantaires à forme chronique, syphilides tuberculo-ulcéreuses, lupiformes, surtout les glossites, les laryngites tertiaires, peut-être même les pneumopathies syphilitiques. C'est alors une méthode temporaire, provisoire, passagère, tolérable pendant un ou deux mois, qui, sitôt le danger passé, doit faire place à la médication usuelle la mieux supportée (1).

---

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Contribution à l'étude du traitement et de l'anatomie radiographique de la luxation congénitale de la hanche, par Frœlich (XIIIe *Congrès internat. de méd.*, Paris 1900). — L'auteur se base sur l'étude de 21 cas personnels pour tirer quelques conclusions au sujet de l'étude de la luxation congénitale. Sur ses 21 observations il y avait 17 filles, 4 garçons, 13 luxations doubles. 8 unilatérales, dont 5 à gauche. — 2 accouchements par le siège ; 7 enfants étaient tuberculeux.

7 fois il y avait des antécédents directs de luxation congénitale dans la famille.

Comme malformations concomitantes, 1 fois ectopie pupillaire, 3 fois des hernies inguinales et crurales.

Comme étiologie, l'auteur admet 18 fois un arrêt de développement, 2 fois une paralysie infantile, et 1 fois une arthrite rhumatismale.

Sur 13 malades il étudia l'anatomie pathologique sur les radiographies et il arrive à ces conclusions :

Le côté luxé est toujours notablement plus grêle, bassin et fémur, que le côté non luxé, et les deux côtés sont plus petits que chez un enfant normal du même âge.

La cavité cotyloïde est moins profonde du côté luxé et ses bords sont fuyants ; le toit des cavités luxées est en pente douce, et ne peut s'opposer à la sortie de la tête.

L'ossification du fémur est plus précoce du côté sain.

Le col et le corps du fémur sont presque dans le prolongement l'un de l'autre sur le fémur luxé : tandis qu'à partir de 5 ans c'est l'inverse et l'angle d'inclinaison du col se rapproche de l'angle droit. Le col est à cet âge, chez l'enfant luxé, plus court, et la tête est plus évasée.

Enfin, que la luxation soit simple ou double, le bassin paraît asymétrique.

L'évolution de la luxation peut exceptionnellement se faire par la guérison spontanée, quand une nouvelle cavité se forme ; dès 6 ans, la radiographie indique un rebord osseux à la nouvelle cavité. Ces cas ne doivent pas être traités opératoirement.

Le traitement employé est celui de Paci-Lorenz.

L'âge le plus favorable est de 1 an et demi à 4 ans.

Plus tard, la réduction est plus difficile. — L'extension préalable est souvent inutile.

Les résultats immédiats ne sont jamais parfaits chez les petits enfants de 1 à 3 ans, il faut un traitement des muscles pendant deux et trois ans consécutifs pour obtenir une marche normale.

Chez les enfants plus âgés, l'opération est plus difficile, mais les résultats immédiats meilleurs.

Les résultats anatomiques doivent être contrôlés par la radiographie oblique. Des cas qui paraissaient parfaits à la radiographie directe. c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du bassin, ont été contrôlés par des photographies obliques qui ont montré que la tête n'était pas dans la cavité, mais en avant d'elle, dans 4 cas sur 8 cas.

Les accidents du traitement n'ont pas été sérieux : une fracture du fémur, une rétraction des tendons du creux poplité, des ecchymoses un peu étendues, une légère excoriation de la peau, de la rétention d'urine, de la constipation et enfin pendant quelques jours 38° et 39° de fièvre.

L'auteur conclut que malgré ses détracteurs, l'opération Paci-Lorenz est une bonne interven-

tion. Elle réduit la luxation ou au moins donne un soutien osseux au bassin tandis qu'auparavant il est suspendu par des sangles entre les 2 fémurs. Il faut savoir que l'opération n'est excellente et sans danger que de 1 an et demi à 4 ans, mais que les résultats fonctionnels ne seront parfaits, qu'après deux et trois ans de traitement consécutifs, par l'éducation de la marche et le renforcement musculaire.

Stastitique thérapeutique de 147 fractures vertébrales, par M. Chipault (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — L'auteur a traité jusqu'à présent 147 fractures vertébrales : chiffre considérable qui l'autorise à indiquer en quelques mots ce qu'il pense du traitement de cette lésion grave.

D'abord très interventionniste, puis très peu, il est aujourd'hui revenu en partie à la conviction qu'une thérapeutique active est nécessaire au moins dans quelques circonstances.

Pour les préciser, il désignera sous le nom de fracture immédiate, la fracture datant de 24 à 48 heures ; de fracture récente celle datant de 5 jours à 3 semaines ; de fracture ancienne, celle datant de 3 à 8 mois ; de fracture très ancienne, celle datant d'une année et plus. Ces dates correspondent aux diverses étapes critiques des fractures vertébrales.

1° Dans la fracture immédiate, 34 cas. L'auteur s'est abstenu de toute thérapeutique autre que le matelas d'eau, etc., dans 20 cas, soit à cause de l'état de shock, soit à cause de l'insignifiance du déplacement osseux concordant avec des accidents de gravité variable. Dans 2 cas, il y avait également un déplacement osseux insignifiant, mais les symptômes avaient mis quelques heures à se développer : des laminectomies ont permis de retrouver une hémorragie péridurale et périmédullaire. Dans 10 cas, un déplacement osseux marqué s'accompagnait de symptômes médullaires ordinairement graves : on a pratiqué la réduction dans 5 cas, dont 3 avec appareil plâtré, 2 avec ligatures apophysaires ; la laminectomie dans 5 cas ; 3 avec résection de la saillie osseuse intrarachidienne, 2 avec réduction et ligatures laminaires, toujours avec ouverture de la dure-mère et constatation directe de l'état de la moelle et des racines suturées une fois. Dans 2 cas la fracture paraissait limitée aux arcs : laminectomie.

2° Dans la fracture récente, 57 cas. Dans 20 cas, des complications graves : myélite ascendante, pneumonie, pyélo-néphrite, état infectieux ont commandé l'abstention. Dans 10 cas, des complications moins menaçantes ont été l'objet de mesures palliatives : 7 cauterisations profondes d'eschares, 4 drainages vésicaux par l'urèthre, 2 cystostomies suspubiennes, l'une chez un rétréci, l'autre chez un prostatique, présentant l'un et l'autre des fausses routes uréthrales. Dans 27 autres cas, les complications étaient d'intérêt secondaire ou nul ; elles ont été traitées suivant les règles habituelles, mais en outre le rachis a été l'objet de soins directs : 7 fois il y avait un déplacement osseux bien accentué, réduction, suivie dans 4 cas de corset plâtré, dans 3 de ligatures apophysaires : 14 fois il y avait un déplacement osseux médiocre, avec symptômes radiculo-médullaires variables ; 6 fois à forme de paraplégie flasque, indiquant une section transverse totale de la moelle, 2 abstentions, 1 réduction avec corset plâtré, 3 laminectomies avec résections du cal, chez des sujets très vigoureux à troubles trophiques multiples et progressifs dont cette intervention a 2 fois arrêté la marche, 2 fois à forme de paraplégie spasmodique, radiculo-médullaire, 2 laminectomies ; 6 fois à topographie purement radiculaire, dont 4 au niveau de la queue de cheval ; 6 laminectomies, avec nettoyage extra et intradural du canal. Enfin 6 fois il n'y avait pas de déplacement osseux : abstention, 2 ponctions lombaires dont 1 avec issue de 125 grammes de sang sans résultat thérapeutique, 8 laminectomies, dont 2 au niveau du sacrum.

3° Dans la fracture ancienne, 6 cas : 4 abstentions, pour paraplégie flasque avec déplacement osseux léger, 1 laminectomie pour paraplégie spasmodique radiculo-médullaire, 1 ligature apophysaire chez un sujet âgé, à troubles sensitivo-moteurs légers, mais avec cyphose croissante par ostéite raréfiante du cal et troubles trophiques.

4° Dans la fracture très ancienne, 43 cas : 17 abstentions dont 7 chez des individus à paraplégie complète, mais stationnaire, sans troubles trophiques inquiétants, à vessie incontinente mais non infectée ; et 10 chez des individus marchant avec des béquilles ou des cannes, à symptômes en grande partie radiculaires, mais accompagnés de dégénérations médullaires ascendantes incurables stationnaires et non menaçantes, 17 laminectomies dont 5 chez des sujets à fracture dorso-lombaire présentant outre leur symptômes sensitivo-moteurs des troubles trophiques récidivants, 2 chez des sujets à symptômes tardivement développés chez qui l'auteur a trouvé des cals hypertrophiques intrarachidiens qui ont été reséqués ; 1 chez un sujet à symptômes également retardés chez lequel il a enlevé un fibro-sarcome des méninges 1 chez un sujet présentant au niveau de sa fracture de vives douleurs par compression des racines, dont il a pratiqué la résection intradurale : 3 redressements avec ligatures chez des sujets, 1 jeune, 2 âgés avec cyphose progressive par os

téite raréfiante. Enfin 9 interventions indirectes : 3 cystostomies suspubiennes chez des individus âgés faisant de la rétention d'urine secondaire avec infection par hypertrophie prostatique ; 3 élongations des plantaires pour troubles trophiques à forme de mal perforant, 1 arthrodèse tibio-tarsienne pour laxité par atrophie musculaire, 1 résection du nerf obturateur pour contracture unilatérale des adducteurs, 1 suture du fémur et élongation du sciatique pour fracture accidentelle de cet os, sans consolidation.

Telles ont été, dans ces 147 cas, les indications suivies : la plupart sont classiques ; d'autres paraîtront plus nouvelles ; en tout cas leur énumération constitue une sorte de formulaire de ce que doit être la thérapeutique, souvent utile, des fractures vertébrales ; l'auteur renvoie pour de plus longs détails à son traité de diagnostic des affections médullaires, actuellement sous presse.

Deux cas d'abcès par congestion d'origine vertébrale suivis de guérison, chez de jeunes sujets, par Amerigo Benevento da Rotello (XIIIe *Congrès intern. des Sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur présente deux observations d'abcès par congestion d'origine vertébrale avec diagnostic douteux, car d'autres confrères avaient porté les diagnostics de rhumatisme, de troubles gastro-intestinaux, de malaria, de névralgie sciatique ou crurale, et avaient institué un traitement conforme au diagnostic.

Le premier malade présentait un abcès ossifluent du côté externe de la cuisse gauche, dont le foyer initial siégeait dans les premières vertèbres lombaires. L'auteur, incisa largement le sac et s'aperçut que le pus venait du haut, et, en suivant la gaine musculaire, sortait du bassin pour se faire jour derrière le col du fémur. Le résultat opératoire fut heureux.

Le second malade présentait un abcès par congestion de la région lombaire gauche, diffusant dans la fosse iliaque gauche, à la suite de la fonte tuberculeuse de la troisième et quatrième vertèbre lombaire. Le malade a été opéré avec succès. Ces deux cas de guérison complète sont typiques, car depuis deux ans pour le premier malade et un an pour le second, ces deux sujets vaquent à leurs travaux champêtres, sans aucune souffrance.

L'essentiel dans ces abcès par congestion est de faire le diagnostic. Cette affection est liée le plus souvent à la tuberculose ; en effet l'auteur a eu l'occasion de faire pour le second malade l'examen microscopique et des inoculations avec un résultat positif.

Ce n'est plus le cas de proclamer le *noli me tangere;* l'auteur est d'accord avec la plupart des chirurgiens qui, dans le plus grand nombre de cas, recourent de suite à l'incision très large, de préférence à l'aspiration même suivie de lavage avec un liquide antiseptique, car le processus morbide peut continuer et l'abcès se reproduire.

Les résultats obtenus dans les deux cas rapportés, confirment l'utilité d'une intervention chirurgicale hâtive. Pour le second malade, l'auteur a fait des injections iodo-iodurées faibles dans l'abcès avec bon résultat, et il engage ses confrères à essayer ce traitement. Quant à la cause prédisposante de l'affection, pour ces malades, on peut invoquer pour le premier cas l'influenza, pour le second, le surmenage ; cependant il faut admettre le plus souvent comme cause la mauvaise constitution physique du sujet, la diathèse scrofulo-tuberculeuse.

Une série plus complète de faits cliniques donnera sans doute ultérieurement raison au traitement chirurgical avec drainage consécutif, plutôt qu'au traitement palliatif d'attente ou à l'aspiration. Même si on n'a pas pu déceler la présence du pus, on doit recourir au traitement chirurgical.

L'incision doit être faite largement et on doit vider complètement la poche purulente.

L'intervention hâtive est recommandable pour ne pas affaiblir le malade miné par la fièvre et par la douleur. Le pronostic est presque toujours grave, et sa gravité varie avec le point d'origine de l'abcès.

Sur un nouveau procédé d'extirpation des tumeurs hémorroïdales, par le Dr I. Vercesco. (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900) — L'auteur présente un procédé d'opération qu'il a appliqué dans les cas de tumeurs hémorroïdales, et dont il a obtenu d'excellents résultats.

L'avantage de ce procédé consiste dans sa rapidité, avantage très précieux quand il s'agit d'intervenir sur des organes entièrement souillés par les matières fécales

Voici la technique à suivre :

Après avoir pris toutes les précautions aseptiques et antiseptiques :

1° On fait coucher le patient dans le décubitus dorsal — position de la taille — les extrémités inférieures fléchies, écartées et confiées à deux aides ;

2° Ensuite on introduit dans le rectum avec beaucoup de douceur suivant les règles habituelles, un spéculum ani, à valves ;

3° Le speculum tenu de la main gauche est ouvert et fixé ; le rectum est dilaté ; alors on in-

troduit petit à petit, dans la cavité du speculum, un cylindre en liège;

4° On tâche de fixer ce cylindre et on le tient dans cette position solidement appliqué contre les valves du speculum ; alors de la main gauche on fait légèrement basculer les valves du speculum et par de petites tractions exercées sur ces dernières, on arrive à retirer le speculum, de façon que les parois rectales restent alors appliquées, non pas contre les valves du speculum qu'on a déjà retiré, mais contre la surface du cylindre en question ;

5° On procède ensuite à la fixation de la peau anale sur le cylindre, par des épingles de Carlsbad, implantées obliquement d'avant en arrière de la periphérie au centre, de façon à permettre le passage du bistouri entre les épingles et les parties molles ;

6° Le manche du cylindre tenu de la main gauche, et de la main droite, armée du bistouri, on fait une incision des parties molles, situées dans l'aire du cercle formé par les épingles, en commençant par la région la plus déclive et en coupant la peau dans toute son épaisseur.

7° Ensuite on commence à détacher, par la dissection, la portion malade de l'intestin des parties adjacentes, ayant toujours en vue de procéder de l'extérieur vers l'intérieur du corps; à ce moment là on exerce quelques légères tractions en dehors sur le cylindre en liège.

Le cylindre, revêtu de l'intestin comme dans un étui et isolé des parties molles environnantes, peut facilement descendre suivant le degré voulu pour permettre d'examiner et d'apprécier l'état des lésions, dont le rectum est atteint.

8°. Si les lésions constatées — tumeurs hémorroïdales — etc., etc., sont guérissables on peut facilement les extirper ou les râcler ; les solutions de continuité sont avivées et cousues ; on procède ensuite au nettoyage et l'on introduit le cylindre revêtu de l'intestin, de façon qu'il soit dans la même position qu'avant l'opération ;

9° Au contraire, si l'intestin est entièrement criblé de lésions, on cherche à préciser les limites entre la portion malade et la portion saine et ensuite on procède à la fixation de cette dernière portion — saine — sur le cylindre, en implantant des épingles perpendiculairement de la périphérie au centre, juste au niveau de l'orifice anal ; ceci fait, le chirurgien armé du bistouri et à quelques millimètres en dehors du cercle formé par les épingles, fait une incision circulaire de l'intestin, isolant de cette façon la portion malade de la portion saine;

10° On procède ensuite à la réunion par des sutures ininterrompues des bords de la portion intestinale saine, aux bords de la peau anale ; ce temps doit s'effectuer graduellement, de façon que, les épingles enlevées successivement, la suture soit déjà faite ;

11° On fait ensuite le nettoyage de la région anale ; et il ne reste plus qu'à retirer le cylindre en liège ; pour cela, on n'a qu'à faire des tractions graduelles qui permettront de le retirer et au besoin on peut exercer quelques oscillations en tous sens sans aucun inconvénient.

Dans le cas où l'intestin serait trop adhérent au cylindre, et sa sortie difficile, on pourrait injecter entre l'intestin et le cylindre une petite quantité de vaseline liquide qui faciliterait ainsi l'extraction du cylindre.

Enfin on fait appliquer un pansement sec ou humide, à volonté.

Sur la chirurgie du pancréas, par Andréa Ceccherelli (*XIIIe Congrès internat. de méd.*. Paris, 1900). — Voici les conclusions qu'on peut déduire aujourd'hui de l'étude attentive de toutes les questions qui concernent la chirurgie du pancréas.

I. L'opération chirurgicale du pancréas est en relation directe avec toutes les questions qui regardent la fonction de cet organe.

II. Amaigrissement, présence de graisse dans les selles, sucre dans l'urine, teint bronzé de la peau, ictère et douleurs sont les symptômes qui accompagnent la plupart des affections pancréatiques.

III. On rencontre des difficultés considérables dans l'extirpation complète par les conditions anatomiques du pancréas, profondément placé, en rapport intime avec d'autres viscères, très riche en vaisseaux et en nerfs, et fournissant un suc important pour la digestion.

IV. La chirurgie du pancréas n'a pas avancé jusqu'ici comme il était permis d'espérer, par les progrès réalisés dans la chirurgie viscérale, parce que fort souvent le diagnostic même est difficile, et à cause de cela on peut rarement attaquer le processus morbide à son début: quoi qu'il en soit, tout prouve pour le moment que la chirurgie est autorisée à intervenir sur l'extrémité du pancréas plutôt que sur sa tête.

V. Il est expérimentalement prouvé que l'extirpation du pancréas est possible et compatible avec la vie de l'animal opéré.

Il n'est pas également prouvé que ce soit la même chose dans le champ de la clinique, malgré le peu de cas positifs ; d'autant plus que les processus morbides qui la réclameraient ne sont pas, la plupart du temps, limités au pancréas seulement. En effet il pourrait s'agir de

tumeurs malignes et par suite infiltrées dans les parties voisines, ou bien d'*adénomes* difficilement diagnosticables.

L'extirpation n'est pas rationelle s'il s'agit de processus tuberculeux ou syphilitiques.

VI. Les tumeurs qui le plus souvent se produisent dans le pancréas sont des kystes, qui peuvent exister avec contenu *hématique* consécutif aux traumatismes ou à l'apoplexie, ou bien de kystes par *rétention* ou *hydatiques*. L'intervention est alors justifiée et utile, mais l'extirpation de l''organe n'est pas nécessaire: celle du sac *kystique* suffit, si elle est possible, ou son excision.

En extirpant le sac, la question de l'ouverture du canal de Wirsung se présente et aussi celle de l'écoulement probable du suc pancréatique dans la cavité abdominale. Dans l'incision du sac il est prudent de suturer les parois du kyste aux parois abdominales, ou au moins de les refermer avec soin pour être sûr que la cavité du kyste reste complètement fermée.

VII. Dans le cas de calculs pancréatiques, le chirurgien intervient utilement par l'extraction du calcul ou des calculs.

VIII. Une affection qui a été récemment étudiée avec soin, est la nécrose du pancréas qui peut autoriser l'intervention pour éliminer les fragments du pancréas nécrosé.

IX. Dans les *pancréatites* suppurées ou gangréneuses, la règle est de s'abstenir dans la période aiguë ; mais on est parfois obligé d'intervenir.

X. Les pancréatites chroniques peuvent amener des complications par compression sur le cholédoque ou sur le pylore ; dans ce cas l'intervention du chirurgien peut être utile.

XI. Dans la hernie du pancréas à la suite des blessures, la réduction et même la fixation peuvent convenir ; la voie thoracique est préférable si la hernie est diaphragmatique.

XII. Dans les contusions et dans les blessures du pancréas, l'intervention du chirurgien peut être nécessaire, surtout si une hémorragie survient.

Dans ce cas on doit l'arrêter soit par la suture soit en liant les vaisseaux qui saignent. Le chirurgien doit aussi enlever les caillots qui se trouvent dans la cavité abdominale.

XIII. On peut observer des cas de pancréas mobile. La pathologie expérimentale autorise alors la fixation.

XIV. Dans l'invagination du pancréas, l'auteur croit que le chirurgien peut et doit intervenir si des complications surviennent, et si le processus d'élimination ne s'effectue pas régulièrement.

XV. Si, à la suite d'un processus quelconque, l'ouverture du *canal* entre le pancréas et le duodénum s'est bouchée, on peut créer une nouvelle voie au suc pancréatique, ou bien si cela n'es pas possible créer une fistule pancréatique.

XVI. Des hémorragies pancréatiques peuvent se produire même sans blessures: elles dépendent alors d'affections du pancréas, plus souvent de la gangrène. Dans ce cas le chirurgien doit intervenir comme s'il s'agissait d'hémorragies traumatiques.

XVII. Dans le pancréas annulaire le chirurgien s'est abstenu jusqu'ici ; mais il pourrait être nécessaire de couper l'anneau ou de faire une opération pour apporter un remède aux inconvénients causés par celui-ci.

XVIII. Les points de suture à travers le parenchyme pancréatique ne provoquent aucun dérangement ni aucune altération et sont tolérés comme dans les reins, le foie, la rate.

XIX. En cas de blessure du canal pancréatique on peut suturer avec des points de suture rapprochés, comme dans la suture intestinale, mais de manière à ce que le fil ne reste pas dans le milieu du canal, afin d'éviter les concrétions probables.

XX. La réunion des blessures du pancréas a lieu par la prolifération des cellules préexistantes et spécialement du tissu connectif.

XXI. Il est certain qu'on observe parfois la régénération du pancréas.

XXII. Le déversement du suc pancréatique dans la cavité abdominale ne donne pas toujours lieu à la péritonite parce que l'absorption est rapide. On peut croire que, comme la bile, le suc pancréatique est inoffensif s'il est sain, et nuisible s'il est altéré.

XXIII. Dans l'extirpation du pancréas il faut toujours avoir soin de faire les ligatures avant l'incision pour éviter les hémorragies et le déversement du sac pancréatique. On ne doit pas faire usage du thermocautère ou de la galvanocaustique, qui ne donnent pas des garanties suffisantes, parce que dans ces cas on redoute la chute des eschares, et par irradation ils peuvent produire des effets dangereux dans les parties voisines.

Soins à donner aux patients au cours des interventions chirurgicales, et moyens de les préserver du shock opératoire et de l'infection, par Fenton B. Turck (XIII' *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — L'auteur démontre par un certain nombre d'observations que dans beaucoup de cas obscurs de suites d'opérations graves, cette mort est due à l'infection s'accompagnant d'un certain degré de shock.

C'est un fait prouvé par l'expérience, que la peau de l'abdomen contient des germes pathogènes: ces germes peuvent devenir la cause de péritonites et par suite de mort quand le sujet

est devenu réceptif, lorsque les viscères ont été exposés à l'air et manipulés, même lorsqu'on a pris toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Il présente ces observations, et ajoute ce fait avéré en clinique, que le shock opératoire qui suit les interventions graves augmente et développe les chances d'infection.

L'auteur propose une méthode qui permettra d'éviter l'infection. Elle consiste à recouvrir la peau de l'abdomen, de même que l'on recouvre les mains d'un revêtement imperméable de caoutchouc. Celui-ci empêchera d'une façon absolue tout contact entre la peau et les viscères comme entre les mains de l'opérateur et ses instruments. Si on désire se garantir contre le contenu des viscères ou le pus, et les empêcher de pénétrer dans la cavité péritonéale, on se sert d'une sorte de bouclier fait de ce caoutchouc. Les viscères sur lesquels on opère sont amenés au dehors, à travers une petite ouverture faite à ce tablier de caoutchouc qui masque complètement l'incision abdominale, isole les viscères de la cavité abdominale, et empêche le contenu de ces viscères (quand ils viennent à être ouverts) de venir infecter le péritoine.

L'auteur rapporte un certain nombre d'expériences qu'il a faites sur des chiens, des cobayes, des cochons et des lapins. Il a laissé les viscères de ces animaux exposés à l'air, les a longuement manipulés jusqu'à ce qu'ils fussent congestionnés ; il inoculait alors dans la cavité péritonéale des micro-organismes variés pathogènes et non pathogènes, des cultures virulentes de staphylocoques pyogènes aureus, streptocoques pyogènes, colibacilles. Les cultures ont été obtenues avec des germes pris sur la peau de l'abdomen des patients.

Quelques cultures employées dans ces expériences ont été obtenues avec des germes pris sur l'abdomen des patients après que ces patients eurent été préparés pour l'opération.

Lorsqu'un *shock* se produit dans l'organisme de l'animal sans traumatisme apparent, on lui fait une inoculation de micro-organismes, et on constate que la mort par infection survient. Les symptômes de cette mort sont semblables a ceux que causerait le *shock*.

L'auteur présente aussi une méthode permettant de garantir des shocks, et qui consiste à introduire dans la cavité péritonéale des sacs en caoutchouc contenant de l'eau chauffée à 48 degrés centigrades et de les y laisser pendant une demi-heure ou une heure pour stimuler ainsi la vie organique par une chaleur artificielle. Ceci fait, les animaux ont été inoculés avec des micro-organismes différents. Le résultat fut que tous les animaux ainsi traités recouvrirent la santé sans qu'aucun symptôme de *shock* ou d'infection se fût manifesté.

Pour les cas de shocks profonds, l'auteur a inventé un sac en caoutchouc avec un tube de retour Le sac est introduit dans l'estomac et l'on fait passer continuellement un filet d'eau chauffée à 50 et 52 degrés centigrades.

Dans toutes les expériences où cette méthode a été employée, les animaux ont immédiatement réagi. La même méthode a été appliquée avec succès dans nombre d'opérations sur le corps humain.

Les gants aseptiques (*Therap. Monatshefte*, octobre 1900). — Naegeli traite le sujet au point de vue du praticien, appelé à intervenir chirurgicalement d'une façon intermittente : dans ces conditions, l'emploi des gants aseptiques, sur tout dans le domaine des accouchements et de la gynécologie, n'est pas à conseiller, car ces gants constituent un corps étranger, fort gênant pour qui n'a pas l'habitude de s'en servir constamment, interposé entre la main de l'opérateur et la région qu'il s'agit d'explorer. Dans les services hospitaliers, les conditions sont différentes, car on est journellement appelé à intervenir ou à faire un diagnostic et l'on finit par ne plus être gêné par le gant.

Naegeli croit que la tendance à se servir dans les cliniques de gants aseptiques, ainsi que d'un attirail complet destiné à permettre l'asepsie est fâcheuse ; il serait bien préférable d'enseigner aux futurs praticiens à se tirer d'affaire avec un matériel insuffisant ou improvisé, et de se rapprocher davantage des conditions de la pratique.

E. Vogt.

Emploi de pommades pour le traitement des plaies (*Allg. med. Centralzeitung*, n° 44, 1900). — Oehler propose de revenir, pour le traitement des plaies, à l'emploi de pommades, car elles évitent la formation de croûtes et on peut leur incorporer les substances médicamenteuses les plus diverses. Les pommades et onguents autrefois employés, à base d'axonge, de cérat, n'offraient aucune garantie au point de vue de l'antisepsie ; tel n'est pas le cas pour la vaseline et la lanoline.

L'auteur se sert depuis plusieurs années de la pommade suivante :

Acétate d'alumine liquide.....	10
Lanoline.....	ãã 45
Vaseline.....	

Usage externe.

Ce topique peut être appliqué avec succès sur les plaies les plus diverses, récentes ou ancien-

nes, suturées ou non, même sur les plaies infectées, les brûlures, les panaris, etc.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux

Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement de l'alcoolisme, par Lloyd Tuckey (de Londres). — (*Rapport au deuxième Congrès international de l'hypnotisme*, 1900). — Dans une communication antérieure sur la suggestion hypnotique dans le traitement de l'alcoolisme chronique (Congrès de psychologie de Munich 1897), l'auteur a rapporté les résultats obtenus dans 65 cas d'alcoolisme chronique. Depuis cette époque, il a pu employer ce mode thérapeutique chez 28 individus, 18 hommes et 10 femmes : parmi ceux-ci 7 hommes et 3 femmes sont restés tempérants 2 ans après l'emploi du traitement et peuvent être considérés comme guéris ; les autres sujets ont été améliorés, mais ont repris leurs habitudes d'intoxication après une période inférieure à un an.

Ces résultats sont à peu près les mêmes que ceux obtenus dans la première série de malades. Des observations de l'auteur on doit conclure que ces résultats dépendent d'un certain nombre de conditions ; 1° le désir qu'a le malade de guérir ; certains malades au cours du traitement, n'hésitent pas à boire à la première occasion ; ces cas sont incurables à moins que sous l'influence de la suggestion, on ne puisse évoquer le désir de guérir et le dégoût de l'alcool. Souvent les malades ne boivent que par faiblesse mentale et manque de volonté : la suggestion peut augmenter la faculté de vouloir ; 2° Il est incontestable que le milieu social constitue suivant les cas une condition favorable ou nuisible pour la guérison : un homme en proie aux ennuis d'argent ou de ménage, gagnant à peine sa nourriture, sera plus difficilement soustrait à son habitude ; 3° De même, s'il est mal portant, neurasthénique, il aura plus de facilité à recourir à l'alcool ; 4° Enfin la sensibilité à la suggestion hypnotique est une bonne condition de guérison rapide et complète.

Si la suggestion hypnotique donne d'excellents résultats dans le traitement de l'alcoolisme, il n'en est pas de même dans les cas d'hallucinations et de mélancolie ; l'auteur n'a constaté que quelques rares guérisons.

P. Sainton.

Mélancolie traitée avec succès par la suggestion hypnotique, par Bérillon (*Revue de l'Hypnotisme*, 9 septembre 1900). — La malade dont il s'agit, dégénérée héréditaire, âgée de 53 ans, présentait, depuis 18 mois, de la tristesse, de l'aboulie, du dégoût de la vie, des tentatives de suicide, idées de ruine, de culpabilité, hallucination visuelles et auditives. Une première série de suggestions pratiquées pendant un mois amena une amélioration, de temps en temps le traitement fut interrompu ; pendant les intervalles de repos, les suggestions antérieures agissaient à l'état subconscient. Grâce à cette série de suggestions successives la malade est actuellement complètement guérie.

P. Sainton.

Ophtalmologie

Dr Kopff

Médecin-oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement avant et après l'opération de la cataracte (*XIIIe Congrès intern. des Sc. méd.*). — M. Schiœtz (de Christiania), rapporteur. — En ce qui concerne l'opération de la cataracte, on peut considérer, à très peu d'exceptions près, le globe oculaire comme aseptique ; mais il n'en est pas de même des parties voisines de l'œil : bords palpébraux, conjonctive et sac lacrymal. Il est à peu près impossible de les nettoyer d'une manière satisfaisante, tant que les cils y restent ; il faut donc les arracher, arrachement qui ne produit aucune réaction et, s'il y a blépharite, l'épilation est le seul procédé pour obtenir la guérison.

Le sac conjonctival, lui aussi, contient toujours des bactéries, d'où nécessité d'irrigations avant l'opération, ayant pour but d'éloigner mécaniquement le plus possible des éléments nuisibles. Mais avant tout, il est nécessaire d'appliquer un pansement-témoin, 16 à 18 heures avant l'opération ; si le pansement est sali, celle-ci devra être retardée.

Après l'opération, l'auteur, comme le Pr Hjort, préconise la suppression de tout pansement qui a souvent une action irritante. De plus, l'absence de pansement rendrait l'infection secondaire

beaucoup plus rare, surtout si le traitement avan l'opération a été fait avec soin.

M. Landolt reste partisan du pansement binoculaire avec immobilité des yeux et repos au lit à l'obscurité. Cette méthode préviendra la hernie de l'iris et elle a peu d'inconvénients à son actif.

D'après M. Valude, les reproches adressés au pansement classique ne sont pas justifiés, mais il se contente d'un pansement monoculaire et laisse ses malades dans une chambre claire. Le pansement est laissé quatre jours en place. S'il y a infection, l'auteur se contente d'arroser largement l'œil infecté, six fois par jour, avec une solution de sublimé au millième et conjointement on instille de l'atropine.

Les précautions à prendre avant l'opération doivent être minutieuses mais l'épilation lui semble exagérée. L'auteur, après avoir nettoyé la région, instille largement dans l'œil une solution de formol au millième et tient l'œil couvert jusqu'au lendemain sous un léger bandeau. Le formol a la propriété spéciale et précieuse d'empêcher la pullulation des spores et des microbes à naître.

M. Lagrange reste fidèle aux grands lavages avant l'opération, lavages qui agissent surtout mécaniquement, mais il repousse l'épilation, qui lui semble une méthode barbare et inutile. La suppression du pansement ne lui semble pas non plus devoir être acceptée, car le pansement est l'agent protecteur par excellence et favorise la travail de cicatrisation.

M. Mac Hardy n'approuve pas l'épilation. Il est partisan du pansement protecteur et se sert de la coque de Snellen. Souvent même il met des entraves aux mains, non pour les immobiliser, mais pour rappeler l'opéré à l'ordre. De même M. Bourgeois (de Reims) applique toujours le pansement.

M. Javal fait remarquer qu'un pansement même compressif n'immobilise pas le globe oculaire, ce à quoi M. Panas répond qu'il faut savoir faire le pansement qui alors sera immobilisateur, et M. Lagrange partage cette opinion.

MM. Kahnt et Galezowski se déclarent partisans du lavage des voies lacrymales avant l'opération.

La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie de l'orbite, par le Dr Georges Laurens (*Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris, 1900). — L'auteur étudie les relations *anatomiques, cliniques* et *opératoires* entre les sinus de la face et les cavités orbitaires. M. Laurens a opéré cinq malades atteints de sinusites fronto-ethmoïdales, ou d'ethmoïdites isolées avec fistulation orbitaire, phlegmon consécutif et ayant déjà subi antérieurement de multiples interventions. Il a toujours obtenu dans ces cas une véritable cure radicale, grâce à la technique chirurgicale qu'il emploie et qu'il expose.

Longue incision curviligne partant de la queue du sourcil, contournant la racine du nez et se terminant un peu en dedans de la commissure interne. Section jusqu'à l'os de toutes les parties molles. Puis hémostase soigneuse du cercle artério-veineux périorbitaire avec résection du nerf sus-orbitaire. Tous les organes (muscles, ailerons ligamenteux, poulie du grand oblique) s'insérant à la paroi interne, sont détachés ; le globe de l'œil est récliné en dehors avec un écarteur mousse. Bien éviter de sectionner avec la rugine les artères ethmoïdales antérieures qui constituent la limite supérieure du champ d'action pour la gouge ; en attaquant au-dessus, on risque de pénétrer dans la boîte crânienne. On a alors sous les yeux la lame papyracée de l'ethmoïde souvent cariée. On l'effondre à la curette et on peut travailler dans tout l'ethmoïde antérieur. Cette voie permet l'accès dans le canal naso-frontal et par suite, dans le sinus frontal. Lorsque celui-ci est infecté et qu'il a déjà subi plusieurs opérations, le meilleur procédé pour obtenir la cure radicale, est d'effondrer toute sa paroi antérieure. Dans trois cas, M. Laurens a dû réséquer l'arcade sourcilière et une partie de la voûte de l'orbite pour atteindre de profonds diverticules. L'auteur draine toujours par la voie orbitaire quand il n'y a pas de pus dans le nez. Le résultat esthétique est parfait dans le cas de fistule ethmoïdale, la cicatrice est à peine apparente et se confond avec le sourcil. Dans la résection de la voûte de l'orbite, il persiste un enfoncement plus ou moins accusé. Jamais l'auteur n'a observé de troubles de motilité oculaire, ni de strabisme après l'opération.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr CASTEX

Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

La tuberculose laryngée, par Bommier, d'Arras (*Nord médical*, 1er septembre 1900). — A la première période, voix rauque, toux sèche, coqueluchoïde, pâleur du larynx, muqueuse interary-

tenoïdienne épaissie, plissée, présentant l'état velvétique.

A la deuxième période de la tuberculose laryngée : voix pluritonale, toux éructante, déglutition douloureuse avec irradiation vers les oreilles, pachydermie interaryténoïdienne, ulcération siégeant surtout aux cordes vocales.

Dans la troisième période, les tuméfactions et les ulcérations sont plus ou moins marquées et se compliquent parfois de périchondrites.

Le diagnostic doit surtout être fait avec la syphilis laryngée ; la topographie des lésions, les antécédents et l'état actuel du malade permettent de différencier ces deux affections.

Comme traitement, M. Bommier recommande, au début, les inhalations de vapeurs d'eau à laquelle on ajoute une cuillerée à bouche du mélange suivant, pour un demi-litre d'eau :

Teinture de cannelle..	ãã 30 grammes
— de belladone.	
— d'opium.....	
— d'eucalyptus...	100 —

S'il y a des ulcérations, faire des badigeonnages énergiques et réitérés d'acide lactique ou des aspirations de poudre de di-iodoforme suivant la méthode indiquée par Leduc.

Contre l'infection et la douleur, Bommier prescrit la formule suivante pour pulvérisations ou gargarismes :

Chl. de cocaïne.....	1 gr.
Chl. de morphine.....	0,80 gr.
Acide phénique.....	1 à 2 gr.
Antipyrine.....	4 gr.
Glycérine pure.....	ãã 50 —
Eau de menthe.....	
Eau distillée.....	300 —

Ce qu'il faut éviter c'est : le séjour à la mer, les eaux sulfureuses, les pulvérisations, le traitement par le galvano-cautère, le curettage, la laryngotomie, les injections interstitielles de chlorure de zinc au 1/20e et recommander par dessus tout le repos complet, absolu du larynx.

A. Courtade.

Traitement de la tuberculose laryngée par les injections intra-trachéales, par le Dr Vacher (XIIIe *Congr. int. des Sc. medicales*, Paris 1900). — La tuberculose laryngée réclame un traitement différent suivant la période plus ou moins avancée des lésions locales et l'état des poumons. Parvenue à la période ulcérative elle nécessite impérieusement l'ablation des parties végétantes, le curetage, les cautérisations et l'application de topiques calmants qui seuls diminuent la douleur, font cesser la toux rebelle et quinteuse, qui provoque dyspnée, dysphagie, vomissement.

Ce traitement long, difficile, nécessite certaine habileté opératoire et persévérante de la part du malade. On observe trois sortes de lésions principales : infiltrations, végétations, ulcérations. Ces dernières se retrouvent un peu partout recouvertes de végétations plus ou moins épaisses. Si elles siègent dans le vestibule laryngien, les replis épiglottiques, sur les cordes vocales ou dans la partie supérieure de la trachée, elles causent de violentes douleurs, une toux rebelle, un spasme laryngien qui se termine par des vomissements qui empêchent le malade de s'alimenter. C'est contre elles qu'il faut lutter principalement. Il faut cureter, cautériser, badigeonner avec des caustiques et des topiques variables. Après avoir essayé un grand nombre de formules, l'auteur a eu recours à l'éther comme véhicule : après pulvérisation de cocaïne il essaie d'abord les badigeonnages intra-laryngiens avec l'éther iodoformé à saturation, auquel il incorpore ensuite gaïacol, eucalyptol, menthol, etc. Il fait ensuite des injections intra-trachéales qui sont généralement bien supportées. Le malade ressent instantanément une grande chaleur dans tout le thorax, presque pas de spasme glottique : deux ou trois fortes inspirations et le calme est rétabli. L'haleine conserve plusieurs heures l'odeur du médicament, les douleurs sont moindres, l'alimentation plus facile, la respiration plus ample. Voici une formule actuelle : Ether iodoformé à saturation 100, gaïacol 5, eucalyptol 2, menthol 1. Il injecte progressivement jusqu'à 2 centimètres cubes. L'amélioration résulte de la grande quantité de prin cipes actifs portés par l'éther dans la trachée et tout l'arbre respiratoire, heureusement modifié par le contat direct du médicament.

Sur la difficulté d'ablation de la canule après la trachéotomie, par Moure (*Bull. Acad. de Médec.*, août 1900). — Les accidents dyspnéiques qui apparaissent quand on retire la canule ont été diversement expliqués ; Trousseau, Sanné et Forgue et Reclus font jouer le principal rôle à l'infiltration chronique des cordes vo cales inférieures, d'autres au spasme de la glotte ou à la paralysie des dilatateurs, etc. Pour Moure, la difficulté de la décanulation ne se présente que dans les cas où l'on a sectionné le cricoïde ; les deux valves du cricoïde étant écartées pour laisser passer la canule, les aryténoïdes et partant les cordes vocales se rapprochent et sont immobilisés dans cette position. Pour peu que la canule reste en place p lus de quelques jours il se fait une infiltration

de la région sous-glottique qui contribue à retenir encore la glotte ; lorsqu'on vient alors à retirer la canule, les cordes vocales ne s'écartent plus comme à l'état normal et restent en adduction, d'où dyspnée intense qui oblige à replacer la canule.

Moure cite trois opérations avec examen larynsgoscopique, à l'appui de cette explication.

La conclusion est qu'il faut éviter de sectionner le cricoïde dans la trachéotomie pour éviter les difficultés ultérieures.

Si on est en présence d'un cas où la décanulation est impossible à cause des raisons précitées il faut faire une nouvelle trachéotomie au-dessous de la précédente, puis attendre que le larynx revienne à son état normal. Si le résultat n'est pas obtenu, M. Moure conseille la dilatation laryngée ou le tubage et au besoin une intervention pour enlever les tissus infiltrés qui gênent la respiration.

A. Courtade.

Manœuvres externes appliquées aux tubages difficiles, par Escat (de Toulouse), (XIIIe *Congr. internat. des Sc. médicales*, Paris, 1900).— Deux engagements à faux peuvent se produire au cours de l'intubation chez l'enfant :

1° L'engagement du tube dans l'intervalle intercricothyroïdien, l'axe du tube faisant avec l'axe du conduit laryngo-trachéal, un angle ouvert en arrière :

2° L'engagement du tube dans le ventricule droit ou dans le ventricule gauche du larynx, résultant de la déviation hors du plan sagittal, soit du tube, soit du conduit laryngo-trachéal lui-même.

Pour lutter contre ces deux fausses routes, l'auteur a eu recours en plusieurs circonstances, à des manœuvres externes cervicales ayant pour but de modifier la position du larynx et de ramener l'axe dévié du conduit laryngo-trachéal sur le prolongement de l'axe du tube.

1re Manœuvre. L'extrémité inférieure du tube étant bien engagée dans le vestibule du larynx et ne pouvant aller plus loin malgré tous les changements de direction imprimés à l'applicateur, la main gauche abandonne son rôle conducteur pharyngien et vient se porter sur la région pharyngée, le pouce appliqué sur l'espace intercricothyroïdien immédiatement au dessus de la saillie cricoïdienne, exerce alors une pression légère, pendant que la main droite abaisse fortement le manche de l'applicateur. Cette manœuvre a pour but de réduire le plus possible l'angle ouvert en arrière formé par l'intersection de l'axe du tube et de l'axe laryngo-trachéal ; elle s'applique donc à la fausse route intercricothyroïdienne. Si la manœuvre réussit le tube s'engage sous le seul poids de l'applicateur et l'index gauche n'a plus qu'à rentrer dans le pharynx pour contrôler sa position.

2e Manœuvre. Si la manœuvre précédente n'a pas réussi, l'auteur a recours à la suivante :

Le tube étant toujours engagé dans le vestibule laryngien et l'applicateur bien maintenu dans le plan sagittal par la main droite, la main gauche saisit le larynx entre le pouce et l'index et lui imprime des mouvements de latéralité qui ont pour but de modifier l'orientation de l'axe laryngo-trachéal et de mettre cet axe sur le prolongement de celui du tube.

Cette manœuvre est dirigée contre la fausse route ventriculaire droite ou gauche.

Sur 4 cas de tubage difficile la première manœuvre a réussi seule 1 fois.

La deuxième, après insuccès de la première a réussi 2 fois.

Dans un quatrième cas, les deux ont échoué.

L'expérience de l'auteur n'est pas grande mais on ne s'en étonnera pas si on réfléchit à la rareté des tubages vraiment difficiles.

Ces deux manœuvres sont d'une exécution relativement facile, de plus elles paraissent absolument inoffensives ; l'auteur croit donc qu'il y a lieu de les tenter en présence de tout tubage difficile.

Traitement des bourdonnements d'oreille, par Cuvillier et Vassal (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Les bruits subjectifs désignés communément sous le nom de *bourdonnements d'oreille* sont le résultat d'une irritation du nerf auditif dans ses ramifications labyrinthiques terminales, dans son trajet ou encore à son point d'origine centrale. Ils peuvent aussi exister sans lésions de l'appareil auditif (anémiques, neurasthéniques ou après l'absorption de certains médicaments, salicylate de soude, sulfate de quinine, etc.)

La nature, le timbre, l'intensité, la durée en sont variables. Ils se manifestent parfois en dehors de toute surdité ; ils peuvent la précéder. Généralement ils surviennent et augmentent en même temps qu'elle. Ils constituent un des symptômes les plus pénibles des affections auriculaires.

Les bourdonnements d'oreille surviennent : 1° dans les lésions inflammatoires et traumatiques de l'oreille externe et de l'oreille moyenne ; 2° dans l'otite moyenne sclérémateuse ; 3° dans les infections de l'oreille interne.

Les bourdonnements dont le point de départ est le conduit s'observent si un corps étranger ou un bouchon cérumineux y séjourne ou bien dans les cas d'otite externe, de furoncle du con-

duit. Le traitement employé contre l'affection elle-même fera cesser le bourdonnement.

Dans les maladies aiguës de l'oreille moyenne (caisse ou tympan), il en sera de même. Si les bourdonnements persistent après la guérison de l'affection initiale, les douches d'air par le cathétérisme de la méthode de Politzer, combinées avec le massage du tympan, sont la meilleure méthode à employer pour les faire cesser.

Dans l'otite sèche ou sclérémateuse, les bourdonnements existent sinon dans la généralité, au moins dans la très grande majorité des cas Le traitement doit tendre 1° à diminuer l'irritabilité des centres nerveux par la médication interne de la révulsion ; 2° à combattre l'ankylose des osselets, l'adhérence de l'étrier à la fenêtre ovale et à diminuer ainsi la pression intra-labyrinthique.

Médicament interne et révulsion. — Les badigeonnages sur la peau du conduit, les tampons de ouate imbibés de substances médicamenteuse, les bains d'oreille avec les solutions calmantes (morphine, cocaïne, jusquiame, etc.) sont sans grand effet, La révulsion sur l'apophyse mastoïde par applications de teinture d'iode, frictions au baume de Fioraventi, petits vésicatoires volants, *pointes de feu* surtout, procure souvent une sensible amélioration.

Parmi les médicaments préconisés à l'intérieur, on ne retiendra que l'iodure et le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, la quinine. Le cimicifuga, en pilules ou sous forme de teinture et d'extrait fluide, très vanté dans ces derniers temps, n'a donné à l'auteur, dans les nombreux cas où il l'a employé, aucune action durable ; il doit être abandonné. Le bromure et l'iodure de potassium associés restent les médicaments de choix dans les bourdonnements dus à l'otite scléreuse. Dans les bourdonnements et les vertiges provoqués par les lésions de l'oreille interne, la quinine donne certainement de bons résultats.

Si les bourdonnements ont une origine réflexe (affections de l'estomac, utérus, carie dentaire, etc.), le traitement devra s'adresser à la cause.

L'électricité (courants induits, pôle positif à l'apophyse mastoïde ou sur le conduit, pôle négatif à la nuque) a été aussi conseillée — mais doit être employée, à cause du voisinage du cerveau avec la plus grande prudence. De plus les résultats obtenus ont été inférieurs à ce qu'on avait espéré.

Traitement Mécanique. — De beaucoup le plus important pour diminuer la compression du labyrinthe que provoque l'enfoncement de l'étrier dans la fenêtre ovale. — Si le malade peut être suivi régulièrement on fera tous les deux jours le cathétérisme de la trompe d'Eustache et on insufflera directement de l'air dans la caisse. Dans les cas de bourdonnement très intenses, on se trouvera bien de charger l'air insufflé de vapeurs d'éther, chloroforme ou bromure d'éthyle. Si le malade ne peut être suivi régulièrement, on conseillera les douches d'air par la méthode de Politzer.

Les insufflations d'air par la trompe d'Eustache doivent être combinées avec le massage du tympan et la raréfaction de l'air du conduit auditif externe ; on obtient ainsi la mobilisation des osselets. On emploiera le spéculum de Siegle ou les différents masseurs du tympan (Delatouche, Collin).

L'affection étant tenace et n'ayant aucune tendance spontanée à la régression, le traitement tant interne que mécanique doit être continué avec patience et persévérance — et dans nombre de cas, on obtiendra ainsi l'atténuation et la disparition des bourdonnements d'oreille.

Trépanation dans les complications intracrâniennes otiques, par le Dr Taptas (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Un cas d'abcès périsinusal survenu après la guérison d'une otite moyenne purulente aiguë. — Un cas de septicémie aiguë otique.

Observation I. — Jeune demoiselle atteinte d'otite purulente aiguë, avec fortes douleurs de tête. L'auteur soigne l'otite par des irrigations formolées après avoir établi un drainage suffisant de la caisse. L'otite est guérie, mais les maux de tête continuent. Deux mois après la guérison de l'écoulement, et malgré le retour de la caisse à l'état normal, tant objectivement que fonctionnellement, des symptômes de mastoïdite apparaissent. Il ouvre l'apophyse ; l'antre est sain, mais un gros abcès se trouve autour du sinus latéral. Large ouverture, guérison.

Observation II. — Chez un convalescent d'une grippe plutôt légère, un écoulement séro-sanguinolent s'établit chez un homme robuste, âgé de 40 ans. Bientôt des symptômes cérébraux graves tels que somnolence et aphasie complète apparaissent, et la température monte à 39°5. L'oreille ne présente rien de caractéristique et le malade ne s'est jamais plaint de douleurs à l'oreille, ni à la tête. Le tympan étant pourtant un peu bombé, l'auteur propose l'ouverture de la mastoïde. Celle-ci est trouvée pleine de pus jusqu'à son sommet. Le malade meurt 10 heures après, avec des symptômes de septicémie.

On voit suffisamment que très souvent il est impossible de déterminer d'avance l'étendue des lésions profondes d'après l'état apparent de

l'oreille moyenne et de ses annexes. C'est alors que le doute naît ; l'intervention est ajournée et le dénouement devient fatal.

L'auteur n'hésite pas à conseiller l'opération toutes les fois que son indication est seulement probable. Il pense que de même qu'on permet une laparotomie exploratrice, de même on doit permettre, et avec plus de raison, une trépanation exploratrice.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Résumé du rapport sur les opérations conservatrices dans les rétentions rénales, par M. Christian Fenger (Chicago) (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — La rétention rémittente ou commençante (et, en règle générale, toute rétention est rémittente à ses débuts) est une condition dans laquelle on doit toujours songer à la possibilité de préserver le tissu du rein en rétablissant le passage libre de l'urine.

Le siège de l'obstruction peut être dans les calices ; dans une des branches de l'uretère ; au fond du bassinet ou à l'origine de l'uretère, ou dans l'uretère lui-même.

Si l'obstruction a son siège dans l'un ou l'autre des deux premiers points, elle cause une cystonéphrose locale ou partielle et requiert, pour l'amélioration de la condition, la bisection du rein, à partir de sa surface convexe, et la division des parois des cloisons.

La sténose à l'orifice pelvien de l'uretère (formation valvulaire, implantation oblique), requiert des opérations variant selon l'absence ou l'existence du rétrécissement à la partie supérieure de l'uretère.

S'il n'y a pas rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère, la formation valvulaire peut être enrayée par une opération transpelvienne (Fenger, Mynter, Trendelenburg, Küster) ou par une opération extra-pelvienne que l'auteur préfère.

S'il y a rétrécissement de l'uretère à sa sortie du bassin, comme on peut s'y attendre dans les cas d'infection, on peut avoir recours à l'opération extra-pelvienne plastique (Fenger) ou à la résection de la partie rétrécie de l'uretère et à l'implantation dans le bassinet de la partie supérieure réséquée de l'uretère.

Si la sténose ou l'obstruction a son siège dans l'uretère, elle devra être traitée d'après les lois réglant le traitement chirurgical de l'uretère : résection et réimplantation ou l'opération plastique de l'auteur.

Les résultats de ces opérations conservatrices sont-ils permanents ou y a-t-il parfois rechute ?

Dans cinq des cas opérés par l'auteur, aucune rechute n'a eu lieu.

1) Formation valvulaire, opération transpelvienne, point de rechute dans l'espace de six années.

2) Rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère, opération extra-pelvienne, point de rechute dans l'espace de six années.

3) Formation valvulaire de la branche inférieure de l'uretère, opération extra-pelvienne, bisection du rein, division de la valvule et des parois des cloisons ; point de rechute au cours de trois années.

4) Excision d'une valvule de l'uretère, par l'opération plastique, point de rechute dans l'espace de trois années.

5) Calcul dans la partie supérieure de l'uretère extrait par l'auteur. Une année plus tard, opération plastique sur l'uretère par un autre chirurgien. Six mois plus tard, occlusion complète de l'uretère au siège de la seconde opération : après l'opération plastique, point de rechute dans l'espace d'une année.

Dans deux cas, rechute :

1) Formation valvulaire sans rétrécissement, opération intra-pelvienne, récidive de la sténose, occlusion de l'orifice pelvien ; néphrectomie une année plus tard.

2) Malade opéré par un autre chirurgien, plus tard par l'auteur ; opération imparfaite sans résultat et néphrectomie finalement nécessaire.

Exstrophie de la vessie guérie par la méthode de Trendelenburg, par H. Delagénière (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — La méthode de Trendelenburg, pourtant si logique, n'a guère donné que des déboires, même entre les mains les plus expérimentées.

Pour ce qui concerne l'auteur, il n'avait vu que des insuccès, non seulement chez ses opérés, mais aussi chez ceux de ses maîtres les plus autorisés. Il commençait donc à douter de la réalisation des espérances de Trendelenburg, lorsque le fait suivant est venu changer sa manière de voir.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint d'exstrophie de la vessie et qui avait subi, sans succès, plusieurs opérations dans son enfance.

L'auteur a opéré ce malade d'après la méthode de Trendelenburg ; il a été obligé de faire sept opérations complémentaires ; mais il a radicalement guéri son malade, Non seulement il est continent, mais son sphincter fonctionne parfaitement.

28 Cas de lithiase vésicale chez l'enfant, traités par la taille hypogastrique et la suture totale de la vessie, par le Dr Michaïlowsky (XIIIe *Congrès des sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la taille hypogastrique avec suture totale de la vessie chez 28 sujets atteints de calculs. Il a employé chez eux, deux procédés de suture de la vessie.

Dans 20 cas, il a eu recours à la suture de la vessie à un seul plan dans 8 cas, il a eu recours à la suture à deux plans, un profond et un superficiel (suture Lembert). Son intention n'est pas d'établir un parallèle entre la taille hypogastrique et la lithotritie; la supériorité de cette dernière est aujourd'hui pleinement reconnue, elle est devenue la méthode de choix depuis les perfectionnements que lui a fait subir en France, M. le Pr Guyon. L'auteur n'a pu malheureusement la pratiquer, les instruments lui faisant défaut.

Sans présenter une analyse complète de ses observations, l'auteur désire attirer l'attention sur quelques points de technique et de clinique.

Sur 28 opérés, il y a 22 enfants de 2 à 16 ans et 6 adultes.

Deux de ses opérés ont succombé : le premier est mort 5 jours après l'opération d'une péritonite circonscrite, sans élévation de température (37°) et malgré un état général très bon. Le second succomba le matin du deuxième jour de l'opération avec des symptômes d'anurie.

Ces deux morts ne sauraient être attribuées à l'opération, elles ne sont pas dues non plus à une intoxication par les agents antiseptiques, ceux-ci n'ayant été employés qu'à très faible dose (acide borique 2 0/0. — Nitrate d'argent 1 0/0).

Sur les 28 opérés guéris, la suture a été hermétique dans 23 cas. Quatre fois les sutures de la vessie ont cédé et il s'est produit une légère infiltration d'urine de la cavité de Retzius, vers le 5e jour de l'opération, mais la guérison s'est toujours effectuée sans autre incident, au bout de 20 à 30 jours.

Une seule fois l'auteur a été obligé de rouvrir la vessie; c'est chez un petit hémophile qui, 4 jours après l'opération, fut pris d'hématurie assez grave pour mettre sa vie en danger.

Il fait toujours l'incision vésicale assez haut, de façon à éviter de manœuvrer l'aiguille au voisinage du col de la vessie.

Les fils suspenseurs mis en place et la vessie ouverte, il explore la cavité avec l'index droit pour se rendre compte de la forme, du volume et du nombre des calculs. Il a fait 20 fois la suture de la vessie suivant le procédé d'Halsted à un seul plan et 8 fois suivant le procédé classique à deux plans, il emploie pour la suture vésicale des fils de soie n° 2, et pour la suture de la paroi abdominale deux plans de sutures à la soie n° 4. Il place chez presque tous les opérés une petite mèche de gaze iodoformée dans la cavité de Retzius et il l'enlève 24 heure après.

L'auteur met toujours une sonde à demeure qu'il laisse en place un temps variable, suivant la tolérance du canal, le bon ou le mauvais fonctionnement de la sonde; en même temps, surtout chez les enfants, il fait lier les pieds et les bras au lit. Sur un urètre tolérant, chez un petit malade laissé une dizaine de jours dans le decubitus dorsal, la sonde à demeure bien surveillée est un important facteur ponr le succès de l'opération et donne une grande sécurité au chirurgien.

Il lave la vessie du malade pendant les dix jours qui précèdent l'opération et les quelques jours suivants, avec de l'acide borique et du nitrate d'argent.

Au point de vue étiologique et pathogénique, les calculs des opérés étaient tous primitifs, les sujets étaient tous du sexe masculin et appartenaient à la classe pauvre.

Au point de vue chimique, la plupart des calculs étaient uriques, quelques-uns d'oxalate de chaux. Leur poids variait entr 10 gr. et 150 gr.

Le diagnostic positif chez les enfants calculeux ne peut être fait que par l'emploi de l'explorateur du Pr Guyon ou de la sonde en argent, mais on sait aussi quelles difficultés rencontre chez ces petits êtres l'examen de la vessie ; quelles résistances il faut vaincre, bref on est obligé de recourir le plus souvent au chloroforme.

Il existe malheureusement encore des services chirurgicaux où le manque de personnel médical et quelquefois une surcharge de travail empêchent le chirurgien de recourir à la chloroformisation; dans ce cas, l'auteur a recours au toucher rectal bimanuel. Les enfants se prêtent aisément à cet examen, qui est facile et sûr pour le diagnostic. D'autre part, le toucher est inoffensif et donne des renseignements précis sur le nombre, la forme et le volume des calculs.

L'auteur ne se sert pas du ballon de Petersen chez les enfants, il n'a pas sa raison d'être, vu la situation anatomique de leur vessie.

L'auteur fait toutes les opérations aseptiques dans une salle d'opération étroite, petite, près de quatre water-closets et les opérés sont traités plutôt antiseptiquement qu'aseptiquement; en

terminant l'auteur relève quelques particularités, qui lui paraissent être intéressantes ;

1° En présence d'un calcul de la vessie chez l'enfant, on ne doit songer qu'à deux méthodes de traitement. La lithotritie ou la taille hypogastrique avec suture totale de la vessie à un seul plan (Halsted's suture), ou à deux plans. La lithotritie a le seul tort d'exiger une main très exercée et un outillage spécial ;

2° Pour le diagnostic des calculs vésicaux chez les enfants, on peut recourir à l'explorateur du Pr Guyon à la sonde en argent ou encore au toucher rectal combiné.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

à l'hôpital de la Charité

Métrites cervicales, par le Dr Œderlein (XIIIe *Congrès int. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Aujourd'hui les causes des maladies inflammatoires des canaux ou cavités du corps, communiquant avec l'extérieur, doivent être cherchées tout d'abord dans une infection microbienne.

Les recherches bactériologiques modernes ont conduit à ce résultat, que c'est l'orifice externe de l'utérus, qui forme la limite entre une partie inférieure des organes génitaux, contenant des micro-organiques, et une partie supérieure, qui n'en contient pas.

Dans le col de l'utérus et dans son mucus il n'y a donc pas, en géneral, de microbes.

Des micro-organismes introduits naturellement ou bien artificiellement au cours de recherches expérimentales cessent de vivre et sont détruits par le mucus cervical alcalin.

Grâce à cette qualité bactéricide, le col de l'utérus se protège non seulement lui-même des microbes, mais il défend en même temps l'utérus, les trompes et la cavité péritonéale des micro-organismes, qui pénètrent dans le vagin et y vivent.

Parmi les parasites pathogènes ou germes, qui pénètrent dans les tissus sains et vivants, et qui y produisent une inflammation, il n'y a que deux espèces, le *gonococcus Neisser* et le *bacillus tuberculosi Koch*, qui ont une signification étiologique pour les métrites cervicales.

Tandis que la localisation de la gonorrhée au col est très fréquente, l'infection tuberculeuse limitée au cervix est extrêmement rare.

Les moyens de protection du col de l'utérus ne peuvent rien contre les gonocoques ; les autres germes qui pénètrent avec les gonocoques ou après eux ne peuvent pas s'y établir, de sorte que les infections mixtes n'y sont pas vraisemblables.

Les maladies tuberculeuses, syphilitiques et diphtéritiques du col de l'utérus sont des maladies à part, très différentes de ce qu'on appelle la métrite cervicale.

Si l'on envisage les métrites cervicales non infectieuses, on voit que les déchirures du col jouent un grand rôle étiologique, de même que toutes les causes et maladies qui produisent la métro-endométrite.

La muqueuse du col est disposée aux hyperplasies, aux polypes et aux lésions indurative ou érosives ; celle de la portion vaginale, au contraire, aux changements de l'épithélium, c'est-à-dire aux érosions papillaires et folliculaires.

L'épithélium pavimenteux est remplacé par un épithélium cylindrique, qui tend à une prolifération extraordinaire.

Les lésions anatomo-pathologiques sont bien connues et hors de conteste ; l'étiologie, au contraire, a besoin d'être ultérieurement étudiée, soit par des recherches bactériologiques, soit par des observations cliniques.

Du pincement des artères utérines dans les fibromes, par M. Goullioud (de Lyon), *XIIIe Congrès intern. des Sciences Méd.* Paris, 1900. — Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il y a lieu cependant de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale ou vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens, ménorrhagiques chez les femmes exsangsues. Quant au pincement des artères utérines, dont l'auteur veut spécialement parler il l'a employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de 40 à 50 ans, présentant un fibrome à développement pelvien ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic et s'accompagnant d'hémorragies. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promoteurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Franklin, H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. L'auteur a toujours observé un arrêt complet des hémorragies, une régression de la tumeur ; celle-ci est facile-

ment appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi : dans son premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres deux ans après il ne mesurait plus que 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistances des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 cent. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 cent. 1/2, n'est plus que 7 cent. 1/4, deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du pincement ou de la ligature des artères utérines. Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sacs latéraux ; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longuette droite, longs de 5 centimètres, et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Les pièces sont laissées en place 24 ou 48 heures. L'auteur n'a d'ailleurs aucune prétention d'attacher une valeur spéciale au pincement, à le croire supérieur à la ligature; il est plus facile et il agit aussi efficacement. Il a essayé dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques : les hémorragies se sont arrêtées, mais il a eu la surprise de ne voir survenir aucune modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme, Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorragiques rebelles, en cas d'insuccès du curetage.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus par Thomas S. Cullen (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900), — L'auteur résume rapidement les perfectionnements graduels apportés à l'ablation des carcinomes utérins, depuis l'amputation du col, telle qu'elle était pratiquée par Schrœder et ses contemporains, jusqu'à l'hystérectomie de Freund perfectionnée, avec le cathétérisme des uretères, tel que le pratiquent Pawlick et Kelly, et les opérations plus radicales d'extirpation des ganglions iliaques (Ries, Rumpf, Clark).

Il insiste ensuite sur les dangers de la greffe carcinomateuse dans les tissus sains au cours de l'opération. Il décrit en détail l'opération pratiquée par Werder (de Pittsburgh). Dans cette opération les risques de greffe cancéreuse sont réduits au minimum.

Les divers temps de l'opération abdominale, lorsque le cancer est limité au col, sont les suivants :

1° Ablation des masses carcinomateuses saillantes, de préférence quelques jours avant l'opération.

2° Pose de bougies dans les uretères.

3° Ligature des vaisseaux ovariens et des ligaments ronds.

4° Libération de la vessie d'avec l'utérus et les ligaments larges.

5° Ouverture des ligaments larges et dissection des uretères aux points où ils pénètrent dans la vessie.

6° Ligature des utérines près de leur origine.

7° Libération de la vessie de la voûte vaginale.

8° Séparation du rectum et du vagin.

9° Ablation des ganglions lymphatiques du pelvis.

10° Dissection des culs-de-sac vaginaux.

11° Fermeture de la cavité pelvienne par une suture du péritoine vésical avec celui du rectum ; un aide tirant fortement le col en bas pendant ce temps de l'opération.

12° Fermeture de l'abdomen.

13° Section de la voûte vaginale au bistouri ou au thermo-cautère, de manière à isoler complètement l'utérus et une collerette vaginale l'entourant.

14° Placement d'un petit tampon de gaze au niveau de la partie réséquée de la voûte vaginale.

Comme on peut le voir, dans ce procédé, l'utérus est libéré partout, le vagin est séparé de la vessie et du rectum, les cavités pelvienne et abdominale, sont fermées avant que l'opérateur ait touché au col carcinomateux. Il n'y a alors que peu ou pas de dangers d'inoculation cancéreuse. L'auteur conseille cette manière de procéder pour tous les cas où la malade n'est pas excessivement affaiblie; mais il faut se contenter d'une opération exclusivement vaginale quand elle n'est pas vigoureuse.

Dans l'adéno-carcinome du corps de l'utérus, on peut faire la même opération, mais il est inutile de réséquer la voûte vaginale.

L'orateur analyse alors sommairement 176 cas de cancers de l'utérus observés au Johns Hopkins Hospital pendant les six dernières années.

Cas opérés au 1er janvier 1900.

Carcinomes pavimenteux du col 61 cas, dont 13, soit 21 0/0 bien portants.

Adéno-carcinomes du col, 12 cas, dont 2 soit 16 0/0 bien portants.

Adéno-carcinomes du corps : 30 cas, dont 19 soit 63 0/0 bien portants.

Cas venus trop tard pour être opérés.

Carcinomes pavimenteux du col..	62
Adéno-carcinomes du col.....	6
Adéno-carcinomes du corps.....	5

Le pronostic est surtout favorable dans le carcinome du corps ; il l'est le moins dans l'adéno-carcinome du col.

De l'emploi des serre-fines pour réparer les déchirures du périnée après l'accouchement, par le Dr Boissard (*XIIIe Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Il n'entre ni dans la manière de voir de l'auteur, ni dans sa manière de faire, de rejeter l'emploi des sutures pour réparer les déchirures du périnée après l'accouchement : il pense avec la majorité des auteurs qu'à l'hôpital les déchirures complètes du périnée doivent être réparées de suite au moyen de sutures au fil d'argent ou crins de Florence : mais il estime que pour les déchirures superficielles ou incomplètes, l'emploi de serre-fines spéciales peut rendre de grands services, surtout dans la clientèle privée où la périnéorraphie prend de suite l'allure d'une opération qui nécessite l'assistance d'un aide et l'emploi du chloroforme.

Il est certain que le discrédit qui frappe encore les serre-fines tient aux résultats défectueux qui sont obtenus avec les anciennes serre-fines, trop faibles et trop petites pour affronter en profondeur les tissus déchirés qui ne se trouvent réunis que superficiellement, et encore lorsque ces serre-fines ordinaires n'ont pas lâché prise pendant un pansement ou un mouvement de l'accouchée.

Au lieu de rejeter systématiquement l'emploi des serre-fines, l'auteur a pensé qu'il y avait peut-être lieu d'essayer de les modifier, de manière à supprimer les inconvénients inhérents aux serre-fines classiques ; dans ce but, il emploie depuis quatre ans et avec succès des serre-fines d'un modèle spécial qui lui permettent d'assurer un affrontement en épaisseur : à cet effet, en dehors de leur dimension et de leur force, chacune des branches de ces serre-fines représente une double griffe longue et acérée qui permet de gagner en profondeur ce qu'on perd en étendue.

Non seulement ces serre-fines tiennent admirablement en place, mais encore, par leur pression contenue, limitée et profonde, elles assurent une réunion complète sans menace d'escarres : elles font en quelque sorte l'emploi d'une anse métallique, très facilement et très rapidement placée et enlevée au moment voulu : c'est un peu l'application de ce même principe que l'on retrouve dans les nouvelles agrafes métalliques employées par le Dr Michaut pour réunir le plan superficiel de la paroi abdominale après une laparotomie, avec cette différence cependant que les extrémités des griffes de ces serre-fines, pénétrant profondément, réunissent les plans profonds.

L'emploi de ces serre-fines est très simple : après avoir rapproché et maintenu l'une contre l'autre les surfaces déchirées, on enfonce les pointes profondément dans les tissus en pressant chaque branche entre le pouce et l'index.

Cette petite opération est si rapide qu'elle est à peine douloureuse ; dans le plus grand nombre des cas, une serre-fine suffit. Mais si la déchirure est étendue en profondeur et en longueur, on en place deux ou trois, c'est dire que l'auteur n'en réserve pas l'usage exclusif pour les seules déchirures de la fourchette ; dans quelques cas de déchirures complètes, intéressant le sphincter, où pour une raison ou pour une autre, il n'avait pas été fait de sutures, il a employé avec succès ces serre-fines qui ont, du reste, dans des cas analogues, donné les mêmes heureux résultats à Budin, Maygrier, etc.

Myomes et grossesse, par Hofmeier (XIIIe *Congrès internat. des Sc. méd.*, Paris 1900). — L'auteur, se basant sur 150 observations personnelles de malades atteintes de fibro-myomes de l'utérus, a repris d'une façon précise la question des rapports des fibromes de l'utérus avec la conception et la fécondité. Voici les conclusions qui découlent de ce travail :

1° Dans la catégorie des femmes atteintes de myomes, la proportion des *femmes non mariées* par rapport au nombre des femmes mariées n'est pas plus grande que dans la catégorie des femmes atteintes d'affections gynécologiques en général et même que dans la population en général.

2° Quoique la proportion des femmes mariées *stériles* atteintes de myomes (environ 25 0/0) par rapport au chiffre général des mariages stériles (environ 11 0/0) soit très élevée, il ne faut pas cependant, dans la plupart des cas, mettre cette stérilité, qui existait déjà depuis un grand nombre d'années, sur le compte du myome. La *stérilité*, en effet, existait déjà bien longtemps *avant* le développement du myome.

On peut faire la même remarque pour ce qui concerne l'influence du myome sur la fécondité.

3° Comme, sur 550 malades, 224 n'ont jamais conçu et que 70 n'ont eu qu'une seule grossesse, on peut tirer ces conclusions que l'absence de grossesse favorise l'éclosion du myome.

4° L'existence de myomes *gêne très peu la conception* (44 observations personnelles) et ne trouble pas très souvent la marche de la grossesse. Pour cette raison, les interventions opératoires au cours de la grossesse sont peu souvent indiquées et ne peuvent devenir nécessaires éventuellement qu'à la fin de la grossesse.

5° L'accouchement et la période de délivrance évoluent presque toujours favorablement avec un peu de surveillance. On peut être obligé de faire éventuellement des opérations après les suites de couches, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, mais en général ces opérations sont faciles.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La viscine et son utilisation thérapeutique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 oct. 1900). — On sait que parmi les plantes indigènes, le gui blanc est seul ou à peu près à fournir un suc rappelant le caoutchouc ; c'est la glu, qui donne après purification la viscine.

RIEHL a pensé que ce produit pouvait présenter quelqu'intérêt comme succédané du caoutchouc, car son prix est notablement inférieur et il n'irrite absolument pas la peau.

En dermatologie, l'emploi de la viscine dissoute dans la benzine se recommande tout spécialement, car on peut faire varier la concentration de la solution, y incorporer les topiques les plus divers, et obtenir des masses emplastiques. Les topiques plus spécialement expérimentés par l'auteur sont l'acide salicylique de 5 à 10 0/0, l'oxyde de zinc de 5 à 10 0/0, la chrysarobine à 10 0/0. Les emplâtres obtenus conservent très longtemps leurs facultés adhésives, et on leur rend toute leur souplesse, dans le cas où ils dessécheraient, par un badigeonnage de benzine. Le sparadrap ordinaire peut être avantageusement remplacé par un emplâtre de viscine contenant de l'amidon.

Dans les cas où l'on recherche une action de macération, on étendra la masse emplastique sur de la batiste de Billroth. L'emplâtre avec 2 à 5 0/0 d'iodoforme sera très utile quand on cherche à exercer une compression (ulcères du pied par exemple, furoncles, etc).

On obtient en outre avec la viscine une excellente traumaticine : la solution doit avoir la consistance de l'huile de lin et on peut y incorporer des substances actives diverses (chrysarobne, pyrogallol, etc., 2 à 10 0/0). L'emploi est identiquement le même que pour la traumaticine ordinaire : on n'observe pas, comme parfois avec cette dernière, des phénomènes d'irritation. La viscine restant gluante à la surface, on fera bien de ne l'appliquer qu'en couches minces et de saupoudrer légèrement celles-ci avec une poudre indifférente quelconque.

Dans des cas de *psoriasis*, on a pu ainsi faire supporter sans aucun inconvénient de la viscine avec 5 0/0 d'acide pyrogallique : une traumaticine préparée avec la même quantité d'acide produirait infailliblement une dermatite. La *séborrhée* et les *eczémas secs séborrhéiques* sont rapidement améliorés par un badigeonnage à la viscine soufrée (2,5 à 10 0/0 de soufre). Il est toujours facile d'enlever le topique avec un peu de benzine.

On peut aussi ajouter à des *solutions très diluées*, des substances pulvérulentes (oxyde de zinc par exemple) et étaler ce mélange, bien agité au préalable, sur la peau. La benzine s'évaporera et on obtiendra ainsi une couche épaisse et adhérente sur le point malade (pâte à la viscine). Cette pâte est préférable aux préparations à base de gélatine par son adhérence et sa perméabilité plus grandes ; on utilisera ces pâtes dans les cas d'*eczémas secs subaigus ou chroniques*. En cas de *prurigo*, on ajoutera du goudron à la pâte de zinc.

L'auteur a utilisé la glu non raffinée, obtenue par macération de l'écorce du gui dans l'eau (12 à 18 heures), et qui présente une couleur verdâtre. Si l'on se sert des graines, on obtiendra un produit incolore.

La viscine présente une odeur douceâtre qui déplaît à certains malades : on peut du reste facilement masquer cette odeur,

On peut, par une série de manipulations, obtenir un produit chimiquement pur, mais ces précautions sont inutiles. Il est beaucoup plus simple de laver la glu du commerce à l'alcool et de la dissoudra ensuite dans la benzine.

Sparadrap à la viscine :

Solution de viscine.....	1500
Poudre d'iris de Florence.....	100
Poudre d'amidon.....	400
Térébenthine de Venise.....	280
Poudre de résine de Dammar...	30

Usage externe.

Emplâtre salicylique ;

Solution de viscine.....	1500
Poudre d'iris de Forence.....	100
Pondre d'amidon.....	400

Ajoutez 5 à 10 0/0 d'acide salicylique.

Usage externe.

E. VOGT.

De l'acide cacodylique et des cacodylates (XIIIe *Congrès int. des Sc. Médicales*, Paris 1900). — M. Danlos revendique absolument pour lui la priorité de l'emploi systématique de ces agents et aborde ensuite la question des doses, des voies d'administration, de l'action sur les globules rouges et de la valeur thérapeutique.

Il persiste, au moins pour les dermatoses, à préconiser les doses fortes. S'il préfère la voie hypodermique à la voie digestive c'est moins par crainte des accidents d'intoxication que pour éviter l'odeur fétide de l'haleine et les poussées de dermatite. Quant à l'action sur les globules rouges, il montre que les observations de Widal et Merklen conduisent à l'existence nécessaire de réserves globulaires temporairement mobilisables. Il montre enfin que l'acide cacodylique est peut-être supérieur aux autres arsénicaux et que l'arséniate de soude doit quelquefois être employé à dose beaucoup plus forte qu'on ne le fait généralement.

M. Danlos signale ensuite ce fait important que le cacodylate de fer et le cacodylate de mercure sont inconstants de composition et que le cacodylate de soude, loin d'être anhydre comme on le croit, renferme une quantité variable d'eau de cristallisation. Il aborde enfin l'étude chimique de l'odeur alliacée de l'haleine et, à l'aide de considérations techniques et d'expériences, montre que le phénomène s'explique peut-être mieux par la sulfuration de l'acide cacodylique que par sa réduction en oxyde de cacodyle.

Emploi des peptones en thérapeutique, par le Dr Fiquet (XIIIe *Congr. Int. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Les peptones ne donnent généralement pas aux médecins tout ce qu'ils pourraient en attendre : elles provoquent de la diarrhée et des troubles gastro-intestinaux qui rendent souvent leur emploi impraticable.

On enseigne qu'elles sont toxiques par voie intra-veineuse, même à faible dose, et qu'elles provoquent des troubles de la circulation, en particulier l'incoagulabilité du sang.

Un grand nombre de physiologistes attribuent ces désordres à la présence d'albumoses.

L'auteur prouve que les peptones bien préparées ne sont pas toxiques, aussi bien par la voie intra-veineuse que par la voie gastro-intestinale : elles ne provoquent ni narcose, ni diarrhée, ni incoagulabilité du sang.

Les albumoses de viande que certains auteurs ont accusées d'être la cause de ces troubles ne sont pas plus toxiques que les peptones et ne provoquent pas, quand elles ont été bien préparées, de désordres circulatoires ou gastro-intestinaux.

Au point de vue chimique, les peptones sont constitués par des nitriles-phénols. Ces derniers ne sont pas toxiques, quoique séparément ces deux fonctions soient plus ou moins redoutables. Les fonctions nitrile et phénol réunies dans la même molécule s'annihilent : si on supprime l'une la toxicité apparaît.

De même des peptones que l'on peut injecter à des doses supérieures à 20 grammes par kilogramme d'animal sans produire de troubles, deviennent dangereuses à faible dose si on altère, par oxydation par exemple, leur équilibre moléculaire.

Au point de vue thérapeutique, les peptones n'ont pas une valeur alimentaire égale à celle de la viande : la principale raison est que la digestion *in vivo* est différente de celle que l'on réalise *in vitro*. On élimine dans cette dernière le soufre et le phosphore indispensables pour la reconstitution des albuminoïdes de l'économie.

L'auteur pense qu'elles agissent aussi bien par voie gastro-intestinale que par voie intra-veineuse : comme excitant la digestion, il les préconise dans les cas de lésions du tube digestif et d'insuffisance de sécrétion pepsique. Mais comme elles ne constituent pas un aliment complet, lorsque leur usage exclusif devra être prolongé, il conviendra de prescrire au malade le phosphore, le soufre et le fer qui leur manquent, et d'y associer, sous forme de jaune d'œut, ces éléments qui s'y trouvent contenus à l'état de protéides solubles.

Ainsi comprise, l'alimentation par les peptones rend de grands services dans les cas où le tube digestif ne peut supporter les aliments ordinaires.

Rôle de la glycérine dans les préparations antiseptiques (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 30 1900). — Wunschheim a reconnu que si l'on incorpore de la glycérine à des préparations antiseptiques, les propriétés bactéricides de ces dernières sont notablement diminuées. Le fait est d'autant plus curieux, que la glycérine par elle-même possède des propriétés bactéricides très nettes.

E. Vogt.

Indication nouvelle de l'aspirine (*Therap. Monatshefte*, octobre 1900). — Witthauer recommande ce produit à base d'acide salicylique comme calmant des douleurs chez les cancéreux. A la dose d'un gramme, une à deux fois par jour, on obtient une action analgésique qui permet de réduire au minimum l'emploi de la morphine.

E. Vogt.

Rôle des leucocytes dans l'absorption des médicaments, par Arnozan et Montel (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'absorption des médicaments est habituellement considérée comme une simple question de solubilité, d'osmose et au besoin d'isotonie. Il n'en est pas toujours ainsi ; les globules blancs jouent dans l'absorption de certaines substances un rôle important dont le mécanisme encore obscur paraît comparable à celui de la phagocytose. Quand on fait sous la peau d'un cobaye une injection d'huile d'olive stérilisée et de calomel (15 centigrammes pour un centim. cube) on peut observer les phénomènes suivants : un nombre considérable de leucocytes se porte au foyer de l'injection, sépare le calomel de l'huile et entoure les petits fragments de sel mercuriel ; ces fragments dissociés progressivement et subissant peut-être des transformations chimiques que l'auteur n'étudies pas en ce moment, disparaissent assez vite et en même temps les leucocytes se chargent de granulations de plus en plus épaisses, de façon à donner aux préparations un aspect sombre et nuageux. Il est difficile d'admettre que ces globules ne se soient pas chargés des composés mercuriels, dont ils vont devenir les vecteurs à travers la circulation.

Les auteurs ont pu constater des faits analogues pour une substance soluble, le salicylate de soude : on fait une injection hypodermique d'une solution de ce remède, quelques heures après on sacrifie l'animal, le foyer de l'injection est farci de leucocytes. Si on les examine, ils ne présentent au premier abord rien de spécial, mais si on verse sur la préparation une goutte de solution très étendue de perchlorure de fer, on voit les globules blancs se parsemer de grains noirs, les composés salicylés qu'ils ont absorbés se transformant alors en salicylate de fer.

Des faits analogues ont été démontrés par Beredska pour l'arsenic, par Landerer pour le baume du Pérou. Ceux que l'auteur apporte aujourd'hui montrent qu'ils sont plus nombreux qu'on aurait pu d'abord le croire, et que le rôle des leucocytes dans l'absorption des remèdes a une importance qui n'est pas encore assez reconnue.

De l'action des courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation), sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dre sur l'activité des échanges gazeux, par le Dr Tripet (XIIIe *Congrès intern. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Pendant plus de deux ans l'auteur a observé une série de malades à la Clinique du Dr Apostoli, avant, pendant et à la fin de leur traitement par les courants de haute fréquence.

L'examen du sang fut pratiqué au moyen de l'hématospectroscope d'Hénocque et l'activité de réduction recherchée par son procédé de la ligature élastique du pouce.

Les résultats du traitement par les courants de H. F. se résument ainsi :

1° Dans 37 cas, les courants de H. F. ont augmenté l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, ce phénomène se traduisant particulièrement chez les malades à nutrition ralentie (rhumatismes, fibromes utérins, etc.) ;

2° Dans 10 cas, où, avant le traitement, l'activité de réduction était exagérée, les courants de H. F. avaient déterminé un abaissement de nature à rapprocher cette activité de la normale 1 ;

3° Dans 6 cas seulement, où la déchéance organique continua son évolution, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, malgré le traitement par les H. F. continua à baisser.

La conclusion qui s'impose est donc la suivante :

Dans les maladies de la nutrition, le traitement par les courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation) est un *régulateur* de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

Chez les malades à activité au-dessous de la normale 1, il remonte cette activité et la maintient définitivement dans le voisinage de cette normale.

Dans les cas où cette activité était exagérée, dans le diabète par exemple, le traitement diminue cette activité et la fait redescendre à la normale 1.

Des actions spécifiques, électriques et radiographiques, par le Dr Foveau de Courmelles, (XIIIe *Congrès intern. des Sc. méd.*, Paris 1900). — Les actions spécifiques, c'est-à-dire indiscutablement curatives, de certains médicaments ou de l'électricité sont plutôt rares, faisant bénéficier des cas restreints de ces médications, infaillibles ou à peu près, d'où la richesse de la pharmacopée. Les agents médicamenteux, comme l'électricité, sous ses diverses formes, et qui agit de même façon par sa répétition suffisante, présente des phénomènes de guérison attribuables seulement à une action déterminée. C'est cette action spéciale, spécifique, que l'auteur a voulu déterminer pour l'électricité, en prenant des cas typiques et consacrés, pour en dresser un tableau d'ensemble, susceptible de s'étendre, mais encore restreint. Dans les autres cas, l'électricité pourra néanmoins agir, mais comme toute autre médication, et on la peut et doit toujours essayer, quand tout a échoué.

Les *paralysies* d'origine centrale cèdent à la faradisation : l'*occlusion intestinale* à la galva-

nisation, avec interruptions rythmées ; l'élément *douleur*, d'où qu'il vienne, se trouve calmé, momentanément au moins, par la galvanisation positive; de même l'*hémorragie* et la *douleur* de la fibrômatose; les *rétrécissements*, non traumatiques, de l'urèthre, de l'œsophage, du col utérin, cèdent à l'électrolyse négative, traitement de choix; l'*hypertrophie prostatique* s'améliore par la galvanisation positive; les *tophi* goutteux se dissolvent par la bi-électrolyse; l'*hypertrichose* et les *nævi* cèdent à l'électrolyse négative et positive; la *neurasthénie* ne disparaît qu'avec la franklinisation; la *tuberculose cutanée et pulmonaire* doit d'éclatants et nouveaux succès à la lumière électrique, aux rayons X, à l'effluve de haute fréquence...

Les explications thérapeutiques de ces actions spécifiques sont aussi simples que pour les médicaments qui guérissent la contractilité musculaire; la dissolution chimique, la transformation lente de l'organe, la circulation et la nutrition activées,... suffisent, selon les cas, à démontrer l'action vitale, analogue à nos phénomènes biologiques, de l'électricité dans l'organisme humain.

De la lumière électrique ou thérapeutique, par le Dr Foveau de Courmelles (XIIIe *Congrès internat. des Sc., méd.*, Paris 1900). — La lumière électrique agit sous ses diverses modalités pour améliorer ou guérir certains cas morbides. Les rayons X suffisamment intenses, en séances suffisamment longues et répétées, peuvent guérir le lupus : dans ce domaine, l'auteur a eu un insuccès pour un lupus de la face sur un terrain tuberculeux (poumons) et spécifique : et un succès pour un malade, soigné inutilement pendant quatre ans et où le lupus avait envahi presque tout le visage, nez, front, joues, tour des yeux, et que 140 séances de rayons X ont absolument guéri, alors que le traitement spécifique, nullement justifié d'ailleurs en l'espèce, n'avait, pas plus que les autres traitements, donné de résultats.

Etant données les recherches antérieures de l'auteur sur la lumière solaire et diverses couleurs du spectre (*chromothérapie*, 1890 et 1891), il a pensé, avec d'autres auteurs, à utiliser la lumière des lampes à incandescence qui s'en rapproche le plus, sous forme de bains de lumière. *L'héliothérapie artificielle* produit de grandes améliorations dans les affections du système nerveux. Dans une caisse, comme pour un bain de vapeur, le patient, déshabillé et dont la tête seule émerge, est entouré de 50 lampes à incandescence de 10 bougies, pendant 15 à 20 minutes : cette action lumineuse est éminement tonique et donne aux ataxiques, aux affaiblis médullaires, de la force et de la santé. Si l'on combine le traitement de Lamalou pour les ataxiques, l'action de celui-ci est plus que doublée par quelques séances de lumière avant et après le traitement hydrominéral. L'auteur a une trentaine d'observations concluantes dans cet ordre d'idées.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

INJECTIONS HYPODERMIQUES

I

Aconitine (nitrate d').

Dose. — 1/10e de milligramme par dose, 1/2 milligramme en vingt-quatre heures.

Indication. — Antinévralgique (spécialement contre les névralgies du trijumeau).

Analgésine (antipyrine).

Formule :

Analgésine.....	2 gr. 50
Eau distillée.....	10 grammes

(L'association de cocaïne exalte le pouvoir analgésique).

Dose. — Enfants :

De 1 à 5 ans..... 0 gr. 25 (*pro die*)
De 5 à 10 ans..... 0 gr. 25 à 2 gr.

Adultes : 0 gr. 50 à 3 grammes (*pro die*).

(Ne pas employer de solution plus concentrée que celle indiquée, c'est-à-dire à 0 gr. 25 par cent. cube).

Indication. — Analgésique.

APOMORPHINE (chlorhydrate d').

Formule :

Chlorhydrate d'apomorphine..... 0 gr. 10
Eau distillée..... 10 grammes

Dose. — Enfants : De 1 à 7 ans 1/2 à 3 milligr.

Adultes : Un centigramme,

Indication. — Emétisant (empoisonnements).

ARSENIC.

Formule :

Acide arsénieux..... 0 gr. 10
Carbonate de potasse.. 0 gr. 10
Eau distillée..... qs. p' 100 cc.

(Cette formule correspond à la liqueur de Fowler diluée au 10').

Dose. — Un à 10 cent.

Indication. — Modificateur de la nutrition ; employé dans les dermatoses, la leucémie, la cachexie paludéenne.

ASPIDOSPERMINE (chlorhydrate d').

Dose. — 5 à 10 centigrammes.

Indication. — Antidyspnéique (angine de poitrine).

ATROPINE (sulfate neutre d').

Formule :

Sulfate neutre d'atropine.. 0 gr. 001
Eau distillée..... 0 gr. 10

On associe souvent l'atropine à la morphine ; cette association prévient les vomissements :

Sulfate neutre d'atropine... 0 gr. 001
Chlorhydrate de morphine. 0 gr. 10
Eau distillée..... 10 cc.

On l'associe d'autre part à la strychnine ou à la caféine dans les empoisonnements par l'opium :

Sulfate neutre d'atropine..... 0 gr. 001 à 0 gr. 01
Sulfate de strychnine..... 0 gr. 01
Eau distillée.... 10 cc.
ou Sulfate neutre d'atropine.... 0 gr. 001 à 0 gr. 01
Caféine..... } àà 2 gr. 50
Benzoate de soude }
Eau distillée.... 10 cc.

Dose. — Adultes : 1/10e de milligramme par injection.

Un milligramme par jour.

Indication. — Antinévralgique. Antisudoral (sueurs des phtisiques).

BLEU DE MÉTHYLÈNE.

Formule :

Bleu de méthylène..... 1 gramme
Eau distillée..... 10 cc.

Dose. — Adultes :

0 gr. 10 par injection.
0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour.

Indication. — Analgésique ; antimalarique. Employé pour la recherche de la perméabilité rénale.

CACODYLATE DE SOUDE.

Formule.

Cacodylate de soude... 6 gr. 40
Alcool phéniqué..... X gouttes
Eau distillée..... 100 grammes
(A. Gautier).

Dose : 0 gr. 01 à 0 gr. 10 (en moyenne 0 gr. 05) en une seule fois.

Indication. — Cachexies, anémies diverses, tuberculose pulmonaire.

CACODYLATE DE FER.

Formule :

Cacodylate de fer..... 0 gr. 30
Eau distillée..... 10 grammes

(Une solution plus concentrée détermine des indurations et des douleurs).

Dose. — 0 gr. 03 à 0 gr. 09.

Indication. — Chlorose ; chloro-anémies diverses, anémie pernicieuse progressive, lymphadénie.

CAFÉINE.

Formule. — Doit être associée à un sel de soude (benzoate ou salicylate) en raison de sa très faible solubilité dans l'eau.

Caféine..... 2 gr. 50
Benzoate de soude..... 2 gr. 95
Eau distillée..... ..... qs. p' 10 cc.
(0 gr. 25 de caféine par cent. cube. Tanret).
Caféine..... 4 grammes
Salicylate de soude..... 3 gr. 10
Eau distillée..... qs. p' 10 cc.

(0 gr. 40 par cent. cube).

Caféine..... } àà 1 gr.
Benzoate de soude..... }
Eau distillée..... qs. p' 10 cc.
(0 gr. 80 par cent. cube),

Dose. — Enfants :

1 à 2 ans 0 gr. 10 par dose.
0 gr. 30 par jour.
2 à 10 ans 0 gr. 20 par dose.
0 gr. 50 par jour.
Adultes : 0 gr. 25 par injection.
1 gr. 50 par jour.

Indication. — Tonique cardiaque, diurétique, stimulant diffusible (cardiopathies, néphrites, infections pulmonaires, fièvres graves, cachexies diverses, empoisonnements par l'opium).

Camphre.

Formule :

Huile d'olive pure stérilisé..... 10 grammes
Camphre ..... 1 gr. à 2 gr. 50
Associé parfois à l'éther :
Ether sulfurique..... 50 grammes
Camphre..... 10 —

Dose. — Adultes : 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par dose.

1 gramme par jour.
1 à 4 cent. cubes.

Indication. — Collapsus cardiaque dans les fièvres graves. Tuberculose pulmonaire (Alexander).

Chloral (Hydrate de).

Formule :

Hydrate de chloral..... 2 grammes
Eau stérilisée..... 100 cc.

(Ne pas employer de solutions dépassant le titre de 2 0/0.

Dose. — 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par dose.

1 à 3 grammes par jour.

Indication. — Empoisonnement par la strychnine; tétanos.

Chloroforme.

Formule. — Ne s'emploie qu'en solution :

Chloroforme..... 1 gramme
Eau stérilisés..... 100 grammes

Dose. — 1 à 10 cc. de cette solution.

Indication. — Anti-névralgique (sciatique, neurasthénie).

Cicutine (Bromhydrate de).

Dose. — Enfants :

1 à 5 ans 0 gr. 001 à 0 gr. 005 par dose.
5 à 10 ans 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par jour.

Indication. — Antispasmodique et antinévralgique (névralgies diverses, toux convulsives).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Prophylaxie de la syphilis dans les armées. — M. Ferrier, rapporteur de cette question au XIIIe Congrès international de médecine, a établi, grâce à des statistiques bien convaincantes, à des documents recueillis dans les pays où la déclaration des maladies vénériennes est obligatoire, que la syphilis n'est pas plus fréquente chez le soldat que dans la population civile du même âge, bien au contraire.

Tous les efforts de l'armée doivent tendre à assurer la prophylaxie de cette infection, dont la mortalité est notable.

En première ligne, exercer sur les hommes une surveillance médicale : l'efficacité des visites sanitaires est hors de doute.

Des traitements périodiques doivent être institués pour tous les syphilitiques ; aussi serait-il bon d'avoir dans chaque infirmerie régimentaire une liste de syphilitiques comme beaucoup de médecins militaires font une liste des hommes suspects de tuberculose. Une observation succinte de chaque malade devrait être établie. Pour compléter ces renseignements, il faut rechercher avec soin les syphilis antérieures à l'incorporation.

En deuxième lieu, agir sur l'esprit du soldat, lui faire connaître les dangers de la prostitution, réglementée ou clandestine, et, dans le cas de syphilis, les conséquences graves entraînées par l'absence ou la négligence du traitement.

Ces moyens d'enseignement peuvent être réalisés par les conférences réglementaires faites par les médecins du corps aux officiers et surtout aux sous-officiers, qui par leur contact continuel avec les hommes peuvent avoir sur eux l'influence morale cherchée. En certains pays, on distribue aux soldats des opuscules, des instructions à leur portée, leur donnant les renseignements nécessaires. Les résultats donnés par cette mesure, si elle était appliquée en France, seraient assurément très efficaces.

M. Ferrier propose la diminution des permissions de théâtre et de la nuit pour les remplacer par des permissions périodiques que les soldats pourraient passer dans leur famille. Enfin il pense que la campagne anti-alcoolique engagée dans l'armée, en portant préjudice au cabaret, qui n'est souvent qu'un foyer de prostitution clandestine, est appelée à rendre les plus grands services au point de vue vénérien.

M. Panara, co-rapporteur, outre les mesures proposées dans l'armée française, conseille d'isoler le malade à l'infirmerie ou à l'hôpital jusqu'à complète guérison : puis de surveiller la contagion par la bouche (boire aux fontaines sans verre, etc.).

M. le colonel Notter (Ecole de Netley), co-rapporteur, établir les conclusions concordant avec celles des deux rapporteurs précédents.

Sur les dommages apportés à la santé publique par les pratiques des magnétiseurs, des sorciers, des hypnotiseurs, des liseurs de pensées, des pseudo-médecins (*Congr. int. de déontologie*, Paris, 1900, Pr Ottolenghi (Sienne). — L'auteur cite des exemples très récents. Il parle de la lutte engagée partout, mais particulièrement en France, entre le monde médical et celui des charlatans; il propose enfin qu'on vote des punitions plus graves pour l'exercice illicite de la médecine et pour les cas d'abus de la crédulité d'autrui, et plus graves encore contre les récidivistes ; qu'on adopte des mesures efficaces de police en prohibant le commerce de devineresse, etc., en réservant aux médecins l'usage des pratiques hypnotiques, en exerçant une surveillance sanitaire continuelle.

Il invoque enfin une sage prophylaxie, qui consiste dans la vulgarisation des doctrines sur les phénomènes psychiques occultes, dans la plus ample application de la psychothérapie et dans l'action d'une pédagogie scientifique qui puisse augmenter la force du caractère en diminuant le nombre des victimes de la crédulité humaine. M. le Pr Ottolenghi, vient de traiter amplement cet argument dans un livre : *La suggestione et le facolta psichiche occulte in rapporto alla practica legale a medico forense*, publié ces jours-ci par Bocca, à Turin, (vol. in-8°, p. 12, fr. 15).

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (*Abcès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.* par M. le Dr Calot de Berck-sur-Mer). Paris, 1900, 1 vol. in-18, 450 pages. Prix ; 2 fr. *broché* ; 2 fr. 50 *cartonné*.

Voici un livre que j'ai ouvert avec quelque prévention, je l'avoue, en raison de son titre, croyant bien entendre chanter à chaque page, comme une panacée souveraine, le traitement marin et le séjour... de Berck, avec une variante probablement (l'auteur n'ayant pu oublier qu'il était chirurgien), avec donc probablement un couplet sur le traitement opératoire des tuberculoses externes, pourvu que ce traitement opératoire soit fait au bord de la mer.

Eh bien, ma prévention est tombée dès la première page ; et j'ai vu, après avoir terminé la lecture de l'ouvrage, que ce livre qui devrait s'intituler plutôt suivant moi, « le Traitement

des Tuberculoses externes » avait été écrit pour tous les médecins, où qu'ils se trouvent, et leur apportait des idées neuves, nettes, d'application facile et fécondes dans le traitement de toutes les tuberculoses externes.

Sur la première page, l'auteur a placé en vedette ces quelques mots :

« Aux tuberculoses fermées, la guérison sûre ». maxime expliquée par les deux lignes qui suivent : » Ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent ».

Voilà l'idée maîtresse du livre.

Et dans les chapitres de l'ouvrage l'on voit se dérouler la démonstration de cette vérité fondamentale et féconde que les médecins devraient tous avoir devant les yeux en présence d'une tuberculose externe, où qu'ils exercent : à la ville, à la campagne, ou à la mer.

Il m'est impossible de suivre l'auteur dans divers chapitres où il étudie successivement le traitement des abcès froids, des adénites, des ostéites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott.

En somme, le médecin qui est en présence d'une tuberculose externe, doit avoir ce double objectif :

1° Guérir le malade, éteindre le foyer bacillaire ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est de le conserver fermé pour éviter toute infection secondaire, celle-ci étant le grand danger à redouter dans l'évolution des tuberculoses.

Mais si M. Calot ne fait plus d'opérations sanglantes contre la tuberculose, la thérapeutique qu'il préconise n'est pas l'abstention : loin de là ; c'est l'attaque à ciel fermé, à l'abri de l'air, de l'ennemi, par des liquides modificateurs injectés dans le foyer tuberculeux : ce qui permet au médecin d'avancer et d'assurer la guérison.

2° Guérir le malade sans infirmité, amener une guérison intégrale si l'on peut, c'est-à-dire, autant que possible, la guérison des adénites cervicales sans cicatrice, des tumeurs blanches sans impotence fonctionelles, des maux de Pott sans bosse, de la coxalgie sans boiterie appréciable.

Et M. Calot étudie les moyens d'arriver à ces résultats orthopédiques. Mais ces chapitres ne peuvent guère être résumés : ils doivent être lus en entier par tous les médecins qui ont à soigner ces diverses maladies. Ceux-ci constateront, avec plaisir, comme moi, que les méthodes thérapeutiques indiquées par l'auteur peuvent être appliquées partout, aussi bien par les médecins des campagnes que par les praticiens des grands centres médicaux.

La 2e partie de l'ouvrage, la moins développée, est consacrée à l'étude des maladies non tuberculeuses de l'enfance que l'auteur a étudiées largement dans les hôpitaux de Berck, aux vices de conformation et aux déformations acquises : la scoliose, la luxation congénitale de la hanche, le pied bot, la maladie de Little, le rachitisme. Ici encore on trouvera un exposé très précis et très net du traitement reconnu le meilleur de ces diverses maladies.

Je suis convaincu que ce livre concis, clair, méthodique et essentiellement pratique, est appelée à rendre les plus grands services au public médical.

M. B.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, dir., 3, rue Bourdaloue, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Un Institut psychique international à Paris. — Le quatrième Congrès international de Psychologie s'est occupé d'une création toute nouvelle et de grand intérêt : celle de *l'Institut psychique international.*

L'idée de fonder un Institut, destiné à l'étude de la nature psychique de l'homme, a trouvé un accueil des plus chaleureux parmi les esprits les plus éminents de tous les pays.

En France, ce sont MM. d'Arsonval, Bouchard, Duclaux, Marey, de l'Académie des Sciences ; M. Th. Ribot, de l'Académie des Sciences morales, et M. Sully Prudhomme, qui font partie du Conseil international d'organisation de l'Institut psychique.

Ils apportent à cette nouvelle science, la Psychologie, à l'appui des méthodes élaborées par les sciences précises, un esprit aussi large et audacieux. dans l'hypothèse que sagace et froid dans l'examen. M. Fouillée, de l'Institut, les professeurs Bergson, Tarde et Séailles représentent d'une manière aussi autorisée le côté philosophique et social de l'entreprise. Sir William Crookes, Fr. J. H. Myers, James Sully, Olivier Lodge en Angleterre, Schrenk-Notzing en Allemagne, Lombroso en Italie, Mendeleïef et Acharovicz en Russie, William James et Marck Baldwin aux Etats-Unis d'Amérique, et tant d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, assurent à cette entreprise son caractère éminemment et activement international.

Le Professeur Charles Richet, de l'Académie de médecine et directeur de la *Revue scientifique*, M. le Dr Pierre Janet, de la Salpêtrière, M. Aswald Murray, de Londres, ont dirigé, en qualité de membres du Comité exécutif de l'Institut psychique, cette vaste entreprise, aidés par M. Arthur Raffalovich, correspondant de l'Institut, qui s'est chargé de l'organisation financière, et par M. S. Youriévitch, attaché à l'ambassade de Russie à Paris, secrétaire général.

Ainsi va être fondé, pour l'étude des phénomènes de la conscience, de la pensée, de la nature psychique de l'homme, un centre spécial, un Institut, avec cours et enseignement, des laboratoires appropriés, une clinique pour les maladies nerveuses et psychiques. De plus, l'Institut psychique a groupé autour de lui les plus hautes autorités scientifiques qui ont résolu, avec les moyens que leur présentera un Institut pareil, d'aborder avec un esprit large et impartial l'étude de phénomènes encore obscurs, mais d'un intérêt capital pour l'esprit humain, tels que la suggestion à distance, la télépathie, la lucidité, la médiumnité. Ainsi l'ère de routine sera enfin terminée et celle des recherches sérieuses et impartiales va commencer.

En dehors de l'intérêt philosophique et scientifique, la création de l'Institut psychique a une valeur sociale importante. Beaucoup de maladies nerveuses, des dispositions criminelles, ne pourront-elles pas être guéries, et l'éducation ne deviendra-t-elle pas bien plus efficace si les processus de la conscience sont mieux connus ?

Hygiène du Cycliste. — La bicyclette demande une surveillance du cœur, non pas parce qu'elle est plus nuisible pour lui qu'un autre exercice, mais parce que son action s'exerce infiniment plus longemps sans donner de conscience de la fatigue.

Les attitudes vicieuses dans une position courbée, sans avoir l'importance qu'on leur a attribuée, doivent être évitées. Pour les longues marches à bicyclette surtout, la position modérément inclinée du corps facilite beaucoup le jeu des organes de la respiration et de la circulation.

Pour l'homme, il faut rappeler que les organes du périnée méritent une surveillance spéciale. Ces organes sont communément altérés, et l'usage de la selle nécessite souvent un choix pour éviter des pressions intempestives.

Pour la femme, la bicyclette donne un exercice de choix. Elle donne un exercice sans grande dépense musculaire, sans secousse dans la position assise. L'exercice est d'autant plus facile pour la femme qu'elle est plus souple et plus adroite que l'homme et monte un peu comme l'enfant.

Cet exercice la fatigue infiniment moins que la marche.

Non seulement l'exercice ne lui congestionne pas les organes du petit bassin, comme on l'a affirmé, mais il les décongestionne et régularise plutôt leurs fonctions comme on peut s'en assurer par bien des cas pathologiques.

Bien entendu, chez elle, tout exercice comporte l'abstention périodique absolue. L'exercice n'est pas à recommander pendant la grossesse.

Pour l'enfant, comme pour la femme, la bicyclette est un exercice de choix. L'enfant est si souple que, dès l'âge de quatre au cinq ans, quelquefois plus tôt, on peut le mettre sur l'instrument et il roule sans peine et sans fatigue. La fatigue est proportionnellement bien moindre que celle de l'adulte.

Toutefois, les courses comportent pour lui de réels inconvénients.

Le coureur mérite une mention spéciale : son hygiène c'est son entraînement. Celui-ci est dirigé surtout par des notions empiriques et nous devons bien dire que cet entraînement nous a appris plus de choses que nous n'avons à lui en enseigner.

En règle générale, les coureurs dirigent bien leur hygiène. Ils obéissent à quelques préjugés sans importance mais ils connaissent réellement tous les points capitaux des nécessités de l'entraînement : progression de l'exercice, variétés de l'exercice, fatigue évitée, alimentation mesurée, abstention de l'alcool et des excitants, etc.

Enfin l'hygiène de la bicyclette pour les malades, pour les difformes, mériterait un chapitre spécial.

Il est bien démontré aujourd'hui que la bicyclette était un excellent exercice pour le hernieux et pouvait dans une réelle mesure atténuer les inconvénients ou les accidents de la hernie jusqu'à donner l'illusion d'une guérison.

La bicyclette rend des services signalés pour l'assouplissement des membres enraidis.

Elle a constitué un excellent exercice pour modifier l'état général. Elle a permis la modification de troubles gastro-intestinaux.

Il n'y a pas jusqu'au cœur qu'elle ne puisse servir à exercer. En certaines circonstances, elle permettrait le mouvement mieux que la méthode de marche bien acceptée aujourd'hui.

Pour bien des lésions utérines et péri-utérines, on peut en tirer un parti précieux.

Même les déformations de la colonne vertébrale sont traitées avec succès par l'usage de la bicyclette.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES RÉCENTES SUR LE TRAITEMENT DU CANCER

Par le Dr Bra.

Nous ne parlerons ici ni des traitements empiriques, ni du traitement par les caustiques thermiques, galvaniques, chimiques, ni du traitement chirurgical qui, lorsqu'il sera secondé par un vaccin, restera très probablement le meilleur moyen de débarrasser l'économie d'un néoplasme.

Nous nous bornerons à passer en revue les essais sérothérapiques de MM. Richet et Héricourt, puis, nous exposerons l'état actuel de nos recherches au point de vue thérapeutique.

Sérum de Richet. — Le 29 avril 1895, MM. Richet et Héricourt, annonçaient leurs premiers essais de sérothérapie anticancéreuse. On sait quelle était la technique employée. Les tumeurs cancéreuses non ulcérées étaient broyées, puis additionnées d'un peu d'eau. Le liquide filtré sur toile métallique était injecté dans les veines des animaux et six, sept ou douze jours après, on prenait le sang de ces animaux pour en recueillir le sérum, lequel servait aux injections.

Une seconde note fut communiquée à l'Académie des Sciences le 21 octobre suivant, dans le but de montrer les effets de la sérothérapie d'après une nouvelle série d'une cinquantaine d'observations.

Les résultats étaient ainsi consignés :

A) Les douleurs diminuent.

B) Les ulcérations s'améliorent.

C) Les tumeurs diminuent de volume.

D) L'évolution de la maladie est retardée.

E) L'état général s'améliore.

Les auteurs apportaient à ces conclusions de nombreuses restrictions. Ils faisaient remarquer que ces phénomènes sont variables en intensité et qu'il est des cas où aucune amélioration ni générale ni locale n'a été notée.

D'ailleurs, *l'amélioration ne va pas jusqu'à la guérison*, car l'accoutumance au sérum s'établit. L'état général et local, au lieu de poursuivre son amélioration, reste stationnaire, puis finit par revenir au point de départ. De nouveaux foyers cancéreux se produisent au niveau des anciens foyers.

MM. Richet et Héricourt concluaient, en somme, que « *si le traitement sérothérapique n'est pas encore apte à guérir radicalement les néoplasmes, il les améliore du moins rapi-*

(1) Extrait de *Le Cancer et son parasite*, l'action thérapeutique des produits solubles du champignon, par le Dr Bra, un vol. in-8 de 129 p. Soc. d'éditions scientifiques, Paris, 1900. (Sous presse)

dement, et à un degré tel, qu'aucun traitement connu n'est capable, à beaucoup près, de produire des effets, qui se rapprochent autant de la guérison complète ».

Le sérum de Richet a été principalement expérimenté par MM. Boureau, Arloing et Courmont, Barette, Brunner. Ce dernier a tiré de ses observations les conclusions suivantes qui nous semblent résumer très nettement la question :

1° *Le sérum bien préparé ne provoque (à la dose de 5 à 10 cc.) aucun trouble local ni général*;

2° *Il ne paraît avoir aucune influence sur le taux de l'hémoglobine ni sur les hématies.*

3° *Tous les phénomènes subjectifs provoqués par la tumeur, sont très bien influencés par les injections de sérum et, à ce point de vue, le sérum donne de meilleurs résultats que tous les autres palliatifs* ;

4° *La surface des néoplasies ulcérées se déterge et les hémorragies diminuent pendant les injections*;

5° *Le sérum n'agit que pendant 2 à 5 jours* ; *et, à défaut d'une nouvelle injection, il y a retour de tous les troubles*;

6° *Le sérum ne semble avoir aucune influence sur l'état de la tumeur.*

Malgré ces *desiderata*, la tentative très originale de MM. Richet et Héricourt, constitue bien la première étape du traitement spécifique du cancer, car, c'est incontestablement d'un produit spécifique qu'il s'agissait, puisqu'en injectant la pulpe néoplasique aux animaux, on injectait une véritable culture.

Des indications que doit remplir un traitement rationnel de la cancérose. — Dans le traitement de la cancérose, trois cas doivent être envisagés :

1° Le champignon est présent dans l'économie sous forme de globules et de spores dormantes ; il n'y a pas de formation mycélienne ;

2° Le parasite existe à l'état conidien et a développé un stroma mycélien ;

3° Il est arrivé à former des fruits ascophores et à déterminer une infection générale.

A chacun de ces cas particuliers qui ne sont que les stades évolutifs d'un même processus et peuvent coexister chez le même malade, correspondent des indications spéciales que nous résumerons ainsi :

Dans le premier cas, lorsque le parasite se trouve dans l'organisme à l'état de globules levuriformes, comme il arrive dans les leucoplasies, comme on est en droit de le soupçonner après les ablations chirurgicales, le but à atteindre est de détruire ces spores en provoquant la phagocytose ou tout au moins d'empêcher leur germination. L'étude des conditions et des agents favorisant cette germination dans les cultures, apportera un appui précieux au traitement.

Lorsque, dans le second cas, le stroma mycélien est formé, lorsque le parasite existe à l'état conidien, comme dans le fibro-myome, il faut extirper le néoplasme ou s'efforcer de rendre stériles les filaments mycéliens dont il se compose et d'empêcher la formation d'organes reproducteurs.

Lorsqu'enfin, dans la troisième hypothèse qu'il nous reste à examiner, les fruits ascophores, les périthèces sont formés, comme dans l'épithéliome, par exemple, provoquer la phagocytose ne suffit plus, il faut enlever la tumeur ou provoquer sa dégénérescence.

Cette dégénérescence peut, d'ailleurs se produire naturellement, car il existe pour la cancérose comme pour la tuberculose des processus à la fois dégénératifs et curatifs. Ces processus sont pour les tumeurs, la lignification et la gélification.

C'est en se lignifiant et en s'imprégnant de matière incrustante que les fibromes atteignent la dureté d'une pierre; c'est par la gélification qu'ils arrivent à se fondre et à s'éliminer. Ce sont deux modes de guérison.

La gélification s'observe fréquemment dans les mycéliums qui se développent à l'intérieur des végétaux. Il arrive que l'on n'en trouve plus trace, alors que de nombreuses perforations dans les cloisons cellulaires attestent l'existence des filaments Ils se sont détruits sous l'influence dissolvante du champignon lui-même.

Ce serait une erreur de croire que ces processus curatifs ne s'observent pas dans les tumeurs malignes. Sans doute, les périthèces qu'elles renferment, sont, avec leur épaisse coque mycélienne, autant de petites citadelles dans lesquelles les spores sont à l'abri des actions germicides naturelles et provoquées, et la défense de l'économie est d'autant plus malaisée que ces néoplasmes sont peu ou pas vascularisés et qu'il n'est guère possible de compter sur la circulation comme véhicule d'un agent curateur naturel ou artificiel. Les tumeurs malignes ne sont cependant pas à l'abri des dégénérescences curatrices. Ce fait ressort de l'interprétation nouvelle que nous avons donnée de quelques tumeurs.

Nous avons, en effet, avancé et on ne tardera pas à reconnaître le bien fondé de cette assertion, que la tumeur la plus maligne, l'épithéliome peut subir les deux sortes de dégénérescences dont nous avons parlé. Nous avons vu qu'il peut être arrêté dans son évolution par l'accumulation de matière grasse dans les asques de ces périthèces et rester ainsi à l'état d'adénome, tumeur bénigne. Nous avons vu que la gélification peut entraîner la formation de kystes dont le contenu peut s'éliminer. Nous avons vu enfin que l'épithéliome peut être arrêté dans son évolution par dégénérescence ligneuse et constituer ce que l'on nomme un chondrome. Certes, ces dégénérescences restent souvent partielles, mais, enfin, elles existent.

C'est donc, en somme, à supprimer les germes isolés, à provoquer l'une ou l'autre de ces dégénérescences naturelles des myomes une fois formés que doit tendre le traitement.

Maintenant que nous avons exposé le but à atteindre, nous allons exposer les moyens jusqu'alors employés pour y parvenir. Nous distinguerons deux médications; la médication par les produits solubles du *Nectria ditissima*, par la Nectrianine, et la médication par les produits solubles du champignon même des tumeurs humaines, c'est-à-dire par le vaccin spécifique du cancer.

La Nectrianine. — La Nectrianine est l'ensemble des produits solubles atténués du *Nectria ditissima*, parasite du chancre ou cancer des arbres.

Lorsqu'à la suite des observations de Fiessinger sur la fréquence du cancer au voisinage des forêts et des vergers peuplés d'arbres chancreux, nous avons été amené à cultiver ce Nectria, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant d'étudier l'action thérapeutique des produits solubles de ce champignon qui forme sur les végétaux des tumeurs si semblables d'aspect aux tumeurs malignes des vertébrés.

Le procédé d'extraction de la Nectrianine que nous avons employé avec M. Chaussé, a été le suivant: des cultures de deux mois dans le bouillon de raisin sont évaporées en totalité au bain-marie jusqu'à réduction au tiers de leur volume. Elles sont filtrées sur papier, puis sur porcelaine. Le liquide obtenu est ensuite porté à l'autoclave à 120 degrés. On est ainsi assuré que toutes les spores sont bien tuées par cette stérilisation. La Nectrianine se présente sous la forme d'un liquide limpide de couleur jaune brun. Injectée par voie sous-cutanée à des animaux sains, à la dose répétée plusieurs fois par semaine de 5 cmc , elle ne détermine généralement aucun phénomène appréciable, aucune perte

de poids. Chez les animaux et l'homme porteurs de tumeurs cancéreuses, elle élève, au contraire, au bout de deux, trois ou quatre heures la température de 1 à 2 degrés. A dose très élevée, cette hyperthermie s'accompagne de frissons, de sensation de froid, d'accélération du pouls et des battements cardiaques, de soif, de céphalée.

La crise se termine au bout de quelques heures par des sueurs, de la polyurie, un profond sommeil.

M. Mongour, et son interne M. Gentès, ont étudié la Nectrianine au point de vue clinique.

Leurs observations qui ont fait l'objet d'une communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux dans la séance du 5 janvier 1900, se répartissent de la manière suivante : quatorze malades atteintes de carcinome utérin, un malade atteint d'épithélioma de la face, un cancer de l'estomac.

Carcinomes utérins. — Toutes les malades de ce groupe étaient absolument inopérables ; comme troubles physiques, elle présentaient sans exception des hémorragies abondantes et les pertes caractéristiques de l'affection. Les douleurs, extrêmement violentes, telles que dans la plupart des cas, la morphine à haute dose n'arrivait pas à les calmer, constituaient le symptôme fonctionnel essentiel. Chez quatre d'entre elles, l'état général n'était pas trop délabré ; on ne notait qu'une légère anémie ; toutes les autres étaient en pleine cachexie, avec amaigrissement, œdème, etc.

Les premiers essais thérapeutiques ont été suivis sans exception chez tous les sujets de la disparition des métrorragies ; de temps en temps apparaissait une coloration plus ou moins rougeâtre du liquide d'injection vaginale, parfois même quelques caillots : mais ces hémorragies n'avaient rien de comparable à celles du début dont la persistance et l'intensité compromettaient à tout instant l'existence de ces malades, et qui, chez trois d'entre elles, avaient nécessité des tamponnements en permanence.

De son côté, Bra obtenait dans un cas de fibrome utérin, une disparition absolue des métrorragies par le même traitement.

La même influence favorable a été obtenue pour les pertes fétides ; après la quatrième injection, généralement, elles n'existaient plus, et la disparition de ce symptôme constituait pour l'état moral de ces malades un véritable soulagement.

Quand aux douleurs, elles ont été calmées avec une rapidité extrême, et la première malade, chez qui fut entrepris le traitement, pouvait, huit jours après, supprimer l'usage de la morphine qu'elle prenait à la dose de 10 à 15 centigrammes par 24 heures. Or, nous savons combien sont peu efficaces, contre les douleurs lombaires notamment, les injections de morphine données à ces cancéreuses, quelle que soit l'habileté avec laquelle on les morphinise : à un moment donné, quelle que soit la dose injectée d'emblée ou en plusieurs fois, on n'arrive pas à obtenir une sédation de la douleur.

Mais ces résultats localement si favorables n'ont amené chez aucune malade une amélioration de l'état général. Celles qui avaient suivi le traitement en pleine cachexie ont continué à s'amaigrir, à perdre leurs forces ; l'appétit n'a pas reparu, et finalement la mort est arrivée comme conséquence de l'intoxication générale. Chez les autres, pendant toute la durée du traitement, la situation générale s'est maintenue à peu près telle qu'au début, cependant avec une diminution de poids lente, mais continue. Cinq d'entre elles s'étaient trouvées tellement améliorées qu'elles ont pu reprendre pendant quelque temps leurs occupations domestiques ; mais un mois après, elles revenaient à l'hôpital pour chercher de nouveau le bénéfice du traitement. M. Mongour fait remarquer en effet, que l'amélioration acquise par les injections de la nectrianine ne persiste qu'à la condition de poursuivre le traitement sans intermittences. La cessation des injections

est généralement suivie après quelques jours d'une réapparition des douleurs, des pertes hémorragiques et sanieuses, peut-être même avec aggravation. Aussi, conseille-t-il aux médecins désireux de poursuivre ces recherches de prévenir les malades qu'il vaut mieux pour elles ne pas commencer le traitement si elles doivent l'abandonner avant l'heure. Il ajoute cependant que chaque reprise de la thérapeutique a toujours été suivie d'une amélioration; somme toute, les suspensions de traitement ont été pour lui un excellent moyen de contrôler la méthode.

Il devenait dès lors intéressant de se rendre compte des modifications que les injections de nectrianine apportent au niveau de la tumeur. Chez tous ces malades, M. Mougour a constaté un véritable arrêt dans l'évolution du néoplasme, un changement de consistance de la tumeur qui, de fongueuse, friable, devenait dure, parfois même presque ligneuse ; une tendance très nette dans certains cas à l'épidermisation des surfaces saignantes et à la disparition des anfractuosités ; mais, dans aucuns cas, il n'a pu observer de régression vraie de la tumeur.

Ces modifications locales ont été surtout faciles à étudier chez un malade atteint d'épithélioma de la face et qui a été présenté à la Société d'Anatomie de Bordeaux par M. Gentès, le 24 juillet 1899. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, porteur d'une tumeur cancéreuse au niveau de la région orbitaire externe droite, tumeur adhérente aux os, inopérable et recouvrant en partie l'œil du même côté. Les injections furent commencées le 18 mai et continuées à la dose de 4 centimètres cubes pendant quinze jours. Le malade voyait chaque jour son état général s'aggraver du fait d'hémorragies abondantes et continues ; la surface extérieure de ce néoplasme, du volume d'un œuf de poule, était bourgeonnante et creusée d'anfractuosités, recouverte d'une sanie fétide.

Le premier résultat des injections fut d'amener une disparition à peu près complète des hémorragies ; le suintement ichoreux devint insignifiant et l'on constata une épidermisation absolument nette, surtout au niveau des parties latérales de la tumeur qui, prenant une forme régulièrement arrondie, ne présentait plus d'anfractuosités. Il y eut même une régression évidente, dont le malade put se rendre un compte exact. Au début, en effet, cette tumeur recouvrait en totalité le globe oculaire, à tel point que la vision était nulle; après les premières injections, il commença à percevoir la lumière, grâce à l'écartement possible des paupières.

Pendant une quinzaine de jours, la Nectrianine fit défaut; la tumeur prit alors un accroissement rapide, les hémorragies se répétèrent avec l'intensité du début, des anfractuosités se creusèrent à nouveau, et l'on peut dire sans exagération que non seulement on avait perdu le terrain gagné, mais qu'une aggravation très nette s'était produite. La toxinothérapie fut reprise, et sous cette influence, les hémorragies s'arrêtèrent, l'épidermisation se fit à nouveau, la sanie ichoreuse fut tarie ; mais on n'observa plus la régression à l'origine si manifeste, et le malade trouvant son amélioration insuffisante quitta l'hôpital. Ces modifications sont en tous points semblables à celles qu'ont présentées les malades atteintes de cancer utérin.

Cancers de l'estomac. — Deux malades ont été traitées ; toutes les deux présentaient un néoplasme diffus, facilement perceptible sous les téguments de l'abdomen. et qui s'était manifesté d'emblée pour ainsi dire, par d'énormes hématémèses avec syncope ; les troubles digestifs consistaient en inappétence et dégoût surtout prononcé pour les viandes et les graisses.

Chez ces deux malades, le traitement mycothérapique a été suivi régulièrement pendant plus de deux mois. Il n'y a pas eu reproduction d'hématémèse; l'appétit s'est relevé, a tumeur épigastrique a nettement diminué de volume, les malades ont pu reprendre

leurs occupations, mais l'on n'a pas constaté d'augmentation de poids ; chez l'une d'entre elles, le poids est resté stationnaire ; chez l'autre, on a observé une diminution de 500 grammes.

Actuellement, et en présence de cette situation plutôt favorable, les malades ont demandé la suspension du traitement.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces faits ? En se tenant avec rigueur aux modifications présentées dans l'état local, M. Mongour croit pouvoir dire avec certitude que le traitement par la nectrianine a produit une amélioration évidente dans l'état local de ses malades : arrêt ou diminution des hémorragies, suppression des pertes fétides, parfois tendance à l'épidermisation du néoplasme, voire même, temps d'arrêt très net dans son évolution. Si, à côté de ces modifications tangibles, on rapproche les aggravations constantes après la suppression du traitement, l'amélioration qui suit régulièrement la reprise des injections, on est peut-être en droit de considérer cette mycothérapie nouvelle comme douée d'une certaine efficacité.

M. Mongour termine ainsi sa communication :

« Certes, nous ne pouvons pas dire que la nectrianine constitue le remède spécifique du cancer, puisque chez aucun de nos malades l'état général ne s'est relevé ; plusieurs d'entre eux ont succombé à la cachexie ; chez les autres, l'amélioration ou plus exactement l'état stationnaire est de date encore trop récente.

« Il reste néanmoins acquis que la mycothérapie a heureusement influencé l'état local ; c'est un résultat bien appréciable quand on songe à la situation lamentable des cancéreux, torturés par les douleurs que la morphine ne soulage plus, qui deviennent si rapidement, par suite des pertes sanieuses intarissables, un objet de dégoût pour eux-mêmes et pour leurs semblables.

« Et puisque cette thérapeutique est sans danger pour le malade, nous croyons qu'il serait légitime d'en poursuivre l'application sans lui faire perdre pour cela le bénéfice des opérations chirurgicales auxquelles on croit pouvoir recourir ; ces deux thérapeutiques peuvent parfaitement marcher de pair. Les faits que nous rapportons ont tout au moins un encouragement à poursuivre le traitement pathogénique des affections cancéreuses. »

La Nectrianine constitue donc un agent thérapeutique inoffensif, donnant dans le traitement du cancer des résultats palliatifs que les médications employées jusqu'à ce jour étaient impuissantes à fournir, mais insuffisant au point de vue curatif.

Le vaccin du cancer. — Lorsqu'en 1895, nous préparions un sérum anticancéreux, d'après la technique proposée par MM. Richet et Héricourt, nous avions fait quelques remarques intéressantes.

Nous avions observé que le sérum donnait des effets d'autant plus appréciables que la prise de sang était plus voisine de l'injection intra-veineuse des pulpes néoplasiques. Il était donc à penser que le sérum agissait plus par les toxines fabriquées par les agents pathogènes de l'infection en cours que par les principes anti-toxiques engendrés par l'organisme, sous l'influence des germes ou des produits vaccinants. Il est d'ailleurs facile de le démontrer. Si, en effet, après avoir trituré dans la solution physiologique de sel marin, des nodules néoplasiques non ulcérés, l'on passe à travers la bougie la partie liquide du magma de trituration et qu'on la porte ensuite à l'autoclave à 120°, l'on obtient avec ce produit des effets plus nets qu'avec le sérum lui-même, effets de même ordre, d'ailleurs. Depuis que nous possédons des cultures du parasite du cancer nous avons pu, d'autre part, nous assurer expérimentalement que ce liquide de trituration atténué ainsi par la chaleur, possède contre l'infection un pouvoir immunisant plus considérable que le

sérum obtenu sur les lapins et sur les ânes soit par les procédés de Richet, soit par l'inoculation à doses progressivement croissantes des cultures du parasite.

Un sérum préparé à l'aide de cultures vivantes n'est, d'ailleurs, pas sans présenter quelques dangers, les cellules du champignon persistant un temps très long dans l'économie. Nous avons vu, en effet, que M. le professeur Vuillemin avait retrouvé des globules du champignon dans le sang du cœur d'un lapin inoculé six mois auparavant et ne présentant aucune lésion.

Nous ferons remarquer que dans notre premier travail (*Presse Médicale*, 22 février 1899), nous avions déjà parlé de vaccination : « Il peut arriver, disions-nous, que des lapins soumis préalablement à l'injection sous-cutanée de doses infinitésimales et croissantes de cultures résistent à l'injection intra-veineuse de doses massives. Il paraît se faire là une sorte de vaccination. »

Dans une autre communication (*Comptes rendus Acad. des Sc.*, 18 juillet 1899), nous parlions d'autre part, « des effets produits sur les cancéreux par la toxine atténuée du champignon humain : polyurie, légère diarrhée, diminution des douleurs, tendance des plaies à la cicatrisation, atténuation des troubles fonctionnels, etc. »

Nous avions donc pris date, pour l'action vaccinale et pour l'action curative, et l'on ne saurait contester cette priorité, mais nous ne nous croyions pas autorisé à parler plus longuement de vaccin spécifique, tant que la spécificité même du parasite isolé par nous, ne serait pas généralement reconnue. Aujourd'hui que les cultures s'obtiennent dans divers laboratoires, nous n'avons plus les mêmes raisons de nous abstenir et nous pouvons sortir de la réserve que nous nous étions imposée.

Le procédé d'extraction du vaccin est le même que celui dont nous nous sommes serv pour préparer la Nectrianine : des cultures d'un mois du parasite sous sa forme globuleuse, la vuriforme, sont évaporées en totalité au bain-marie, jusqu'à réduction au tiers de leur volume. Elles sont filtrées sur papier, puis sur porcelaine. Le liquide obtenu est ensuite porté à l'autoclave à 120° pendant un quart d'heure. Il est superflu de dire que les ensemencements de ce liquide sur les différents milieux restent stériles.

Le vaccin est donc l'ensemble des produits solubles, atténués par la chaleur, du parasite du cancer humain.

Ce vaccin se présente sous la forme d'un liquide d'un jaune doré, très limpide, d'une odeur non désagréable.

Un commencement d'analyse chimique de ce liquide a été fait au laboratoire du Pr Pouchet, par M. Chevalier.

Composition chimique. — Cette analyse a porté sur le bouillon de culture et sur les corps du champignon.

Les *bouillons de culture* employés étaient les bouillons de mamelle passés à travers la bougie Chamberland. Traités par le sulfate d'ammoniaque, ils donnent un précipité volumineux floconneux, grisâtre, par addition légère d'acide acétique.

En suivant la méthode de Gauthier après essoration et lavage, au moyen d'une solution concentrée de sulfate d'ammoniaque, M. Chevalier a repris le précipité par de l'eau à 30°, puis traité par le sulfate de magnésie en poudre à saturation ; il a ainsi retiré une globuline qui est mise à dialyser. La liqueur saturée de sulfate de magnésie donne par addition d'acide acétique, un second précipité qui est mis à dialyser.

Le bouillon de culture saturé par le sulfate d'ammoniaque est additionné d'alcool à 85° qui précipite la moyenne partie du sulfate, puis il est évaporé dans le vide jusqu'à consistance presque sirupeuse. La liqueur est additionnée de carbonate de soude, puis

épuisée par l'éther sulfurique. Cet éther décanté est ensuite mis en contact avec une solution d'acide tartrique qui s'empare des bases alcaloïdiques à l'état de tartrates solubles. Cette solution tartrique est ensuite saturée exactement par le carbonate de soude, et mise en contact avec de l'éther. Cet éther évaporé donne un précipité blanc jaunâtre amorphe qui se dissout dans quelques gouttes d'acide chlorhydrique dilué. Cette solution évaporée dans le vide, laisse de fines aiguilles microscopiques blanchâtres, solubles dans l'eau en donnant une solution transparente faiblement teintée en jaune. Ce résidu était en trop petite quantité pour qu'on puisse en faire une analyse organique. Il donne avec l'azotate d'argent un *précipité* pulvérulent rouge brique foncé.

Avec le bichlorure de mercure, un *précipité grisâtre.*

Avec le réactif de Nessler, un *précipité brun.*

Avec l'acide picrique, un *précipité jaune.*

Avec le chlorure d'or, un *précipité jaune gris*, soluble à chaud.

A rapprocher ces réactions de celles de la *cancérine*, ptomaïne retirée par Griffiths, de l'urine des cancéreux. Cette ptomaïne est une substance blanche, formée d'aiguilles cristallines solubles dans l'eau et qui donne avec le nitrate d'argent un précipité rougeâtre et avec le chlorure de mercure, un précipité gris. On connaît son chloraurate et son chloroplatinate.

L'analyse des corps du champignon recueillis sur le filtre a été conduite par M. Chevalier, ainsi qu'il suit :

Ces corps sont mélangés avec du sable calciné et lavés de façon à former une bouillie pâteuse. Cette bouillie est triturée dans un mortier d'agate, puis mise en contact avec l'eau distillée pendant quelques heures.

Après filtration, on obtient une liqueur opalescente. Cette liqueur est traitée par l'alcool qui précipite d'abondants flocons blanchâtres qui sont centrifugés et précipités sur un petit filtre : le précipité est redissout dans l'eau.

Cette substance paraît, selon l'auteur, être une albumose. Acidulée par l'acide acétique et additionnée de chlorure de sodium, elle donne à froid un précipité qui se solubilise par la chaleur, puis se reprécipite ensuite par refroidissement. Elle précipite par les acides phosphotungstique et phosphomolybdique, par l'acide picrique, l'iodure double de mercure et de potassium, en présence d'acide chlorhydrique.

La portion alcoolique est ensuite traitée par la méthode précédemment décrite, par l'éther et l'acide tartrique et donne un produit alcaloïdique en tous points semblable à celui isolé dans le bouillon de culture. M. Chevalier conclut à la présence d'albuminoïdes et d'un corps analogue aux ptomaïnes, mais, comme il le dit lui-même, cette étude doit être reprise en détail et dans des conditions plus précises. Au sujet de ces analyses, il ne faut pas, d'ailleurs, se montrer exigeant. La toxine diphtérique a été étudiée par Brieger et Frankel, puis par Roux et Yersin, et aujourd'hui encore nous savons peu de chose sur son analyse centésimale.

Après les travaux de Koch, de Brieger, de Proskauer, Klebs, Hunter, Kuhn, Maragliano, Ferran, que savons-nous de précis sur la composition chimique de la tuberculine ?

Action physiologique. — Nous disions, dans une note à l'Académie des Sciences (10 juillet 1899) que la culture du champignon filtrée sur porcelaine et chauffée, tue en injection intraveineuse, à raison de 30 à 35 grammes par kilogramme.

Depuis que nos cultures se font dans un bouillon végétal, cette toxicité a diminué encore d'une manière très appréciable.

Aussi, comme nous l'a fait remarquer M. Armand Gautier, il est impossible d'appeler ce produit une toxine, si extensible que soit le terme. Le vaccin est donc inoffensif. Ce caractère rend assez difficile à analyser son action sur les animaux sains. Aussi préférons-nous ne pas parler de nos essais forcément incomplets, laissant ce soin à un physiologiste.

Nous nous bornerons à consigner les particularités les plus saillantes.

Le vaccin exerce une action diurétique très marquée chez les cancéreux. Dans la nuit qui suit l'injection, la quantité d'urine peut s'élever à deux litres et plus. Il arrive que cette polyurie persiste le lendemain et le surlendemain. Cette action très générale peut cependant manquer chez les cancéreux affaiblis et cachectiques. Il y a peut-être lieu, dans ce cas, de suspecter l'intégrité des fonctions rénales.

La diurèse est, comme les malades le constatent eux-mêmes, en raison directe de l'amélioratiou causée par le traitement.

L'action thermique exercée par le vaccin est très remarquable. Alors qu'injecté sous la peau des animaux sains, il ne détermine pas d'élévation thermique appréciable, *il élève la température chez les cancéreux de 1°, 2°, 3°, 5°*. Cette hyperthermie apparaît la première heure qui suit l'injection ou les heures suivantes.

Au début de nos recherches, alors que nous cultivions le parasite dans des milieux animaux, la température, dans quelques cas, atteignait 40° et cette hyperthermie nous engageait à être circonspect. Aujourd'hui que nous nous servons de bouillons de décoctions végétales, l'injection des produits solubles n'amène qu'une élévation de 1°5, environ.

La réaction est donc insensible et incommode peu le malade. Elle peut manquer chez les individus très cachectiques.

ous n'avons pas besoin d'insister sur la valeur de cette réaction spécifique au point de vue du diagnostic. Nous l'avions déjà signalée dans notre premier article.

Pouvoir vaccinal. — Des lapins reçoivent pendant quinze jours ou trois semaines, tous les deux jours, une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes du vaccin. Au bout de ce temps, ces animaux résistent à l'injection intra-veineuse d'une culture qui tue les témoins en trois jours.

Le poids des vaccinés ne varie pas ou ne subit qu'une diminution légère et la température reste le plus souvent stationnaire. La température des témoins s'élève, au contraire, jusqu'à 41°, 41°5.

Lorsque d'un autre côté, l'on introduit dans les veines, en même temps que la culture, une égale quantité de vaccin, l'animal, le plus souvent, résiste.

Les faits sont donc concluants et de nature à apporter la conviction dans les esprits.

Comme pour la plupart des vaccins, il ne s'agit pas là d'une action directe, puisque le champignon se développe dans ses produits solubles, il s'agit d'actions indirectes dont une au moins, est facilement constatable. Le vaccin détermine, en effet, une phagocytose intense des cellules jeunes du champignon.

Lorsqu'après les injections, l'on fait des prélèvements de sang aux environs immédiats des tumeurs cancéreuses, les leucocytes polynucléaires se présentent en grand nombre et sont totalement bourrés de spores. Si l'on applique un petit vésicatoire sur une tumeur cancéreuse proéminente et non ulcérée, la sérosité des phlyctènes renferme le plus souvent des globules du parasite de petites dimensions et l'ensemencement de ce liquide peut donner des cultures. Or, si l'on injecte aux environs une certaine quantité

de vaccin, la phlyctène se remplit d'une grande quantité de leucocytes qui, au bout de vingt-quatre heures, ont englobé les cellules du champignon.

Ce mode de défense qui ne s'adresse qu'aux éléments jeunes du parasite est évidemment insuffisant pour amener la régression vraie d'une tumeur anciennement formée. Pour aboutir, il faut provoquer la formation de composés germicides qui produisent la dégénérescence des éléments adultes et du mycélium.

Quoi qu'il en soit, les expériences sur lesquelles repose la démonstration du pouvoir immunisant du vaccin, ont été répétées un grand nombre de fois et ont donné, à part chez deux sujets, le même résultat.

Les observations cliniques demandent à être multipliées. Nous avons pris des malades chez lesquels la récidive avait eu lieu deux à trois mois après l'opération et nous les avons soumis aussitôt après la seconde ablation *totale* aux injections, à raison de deux ou trois fois par semaine. Depuis 8 à 15 mois que nous les observons, il ne se forme aucune nouvelle production néoplasique.

Ces données sont évidemment très insuffisantes pour nous éclairer sur la constance et la durée de l'immunité.

Une longue durée des observations est indispensable.

Nous basant surtout sur les faits expérimentaux, nous concluons qu'on peut avoir confiance dans l'efficacité préventive du vaccin et que les chirurgiens auraient tort de se priver de cette ressource, d'autant plus que le vaccin est inoffensif, ne provoque, contrairement aux sérums, ni lymphangite, ni urticaire et ne saurait causer d'autre accident qu'un léger mouvement fébrile. Nous nous proposons d'ailleurs, de soumettre nos résultats expérimentaux à la commission des sérums.

Propriétés curatives. — L'efficacité du vaccin comme moyen préventif est bien plus évidente que son efficacité thérapeutique, car il agit plus facilement sur les spores que sur le mycélium et les organes reproducteurs du parasite. Il n'en est pas moins vrai qu'il amène des atténuations très marquées dans le plus grand nombre des cas et que dans les premiers stades de l'affection, il peut permettre de guérir. Lorsque la cancérose s'est généralisée, que l'infection générale, la cachexie sont là, lorsqu'il existe notamment des altérations des reins, lorsqu'il y a des infections secondaires, le vaccin est impuissant.

Les effets du vaccin sont du même ordre que ceux observés avec la Nectrianine. Ils se rapprochent beaucoup de ceux que donnait le sérum de Richet, mais ils en diffèrent par une incomparable intensité.

Les douleurs diminuent ou se suppriment. — Il est rare que cette action ne soit pas observée, elle ne manque que chez des malades très avancés, très cachectiques et soumis depuis longtemps à l'usage de la morphine. L'atténuation ou la suppression des douleurs s'obtient dans les premières heures qui suivent l'injection, quelquefois le lendemain seulement. Aussitôt après l'injection, il se fait dans la tumeur et dans les noyaux métastatiques un travail qui se manifeste par une sorte de fourmillement, de frémissement assez difficile à définir. Une malade s'exprimait ainsi à ce propos : « à la suite de l'inoculation, très peu de fièvre, le *travail* s'est opéré de la plaie à l'autre sein et à la glande sous le bras du côté du sein, et cela faisait navette d'une place à l'autre, mais pas de souffrance. » Cette sensation est probablement en rapport avec la phagocytose très intense qui se fait à la suite des injections et l'atténuation consécutive des douleurs est sans doute parallèle à la diminution du nombre des spores qui, par le mouvement brownien dont elles sont agitées, doivent jouer un rôle dans l'élément douleur.

L'odeur de l'ichor cancéreux disparaît. — C'est là un des effets les plus inattendus et les plus difficiles à expliquer du traitement. C'est aussi un des effets les plus souvent obtenus. Nous l'avons, pour notre part, toujours observé. Un sein entier peut être transformé en un énorme champignon cancéreux sans qu'il se dégage une odeur autre que celle qu'exhale la plaie la plus simple.

Les hémorragies cessent. — Qu'elles soient sous la dépendance de fibromes ou qu'elles soient occasionnées par le travail ulcératif d'un carcinome, les hémorragies cèdent au vaccin avec une remarquable rapidité. Et il ne s'agit pas là d'une action temporaire comme celle que l'on observe dans l'application d'hémostatiques locaux, il s'agit d'une action plus générale qui paraît indiquer plus qu'une vaso-constriction, mais un temps d'arrêt dans la propagation de la néoplasie. Il est essentiel pendant le traitement de s'abstenir de toute cautérisation.

Les plaies s'améliorent. — Cette action doit être observée sur des plaies de peu d'étendue. Les plaies se détergent, les croûtes tombent, la sanie disparaît, la surface se dessèche et se recouvre d'une pellicule grisâtre délicate qui est le premier indice de la cicatrisation. Cette cicatrisation s'obtient au bout de plusieurs mois ; elle peut être complète.

Nous ne l'avons jusqu'à présent obtenue entière que sur des plaies ne dépassant pas 4 à 5 centimètres.

Les tumeurs diminuent de volume. — C'est la régression qui est le plus difficile à obtenir ; elle se produit, mais il est exceptionnel qu'elle soit complète. L'effet du vaccin, en effet, sur le mycélium, se borne à rendre grêles et stériles les filaments. L'on peut observer la cicatrisation de plaies cancéreuses et en même temps la persistance du stroma sous-jacent.

Les ganglions, sous l'action du vaccin, peuvent diminuer, disparaître ou persister indéfiniment alors même que l'ulcération de la tumeur primitive a disparu.

Nous tenons à donner ici l'observation de la première malade qui a été soumise aux injections du vaccin spécifique.

L'observation remonte à juillet 1897, c'est à-dire à trois ans ; elle est due à l'obligeance de notre confrère le Dr Tapie, médecin de l'asile des cancéreuses de la rue de Lourmel, qui a consenti à faire la première injection.

Obs. — Mlle Philomène F..., âgée de 47 ans, couturière, se présente à ma consultation, au Calvaire, au mois de juillet 1897.

La moitié supérieure du sein droit est envahie par une plaie de nature cancéreuse, dont les dimensions sont :

48 millimètres, dans le sens transversal ;
30 — — vertical ;
15 — en profondeur.

Ganglion au creux de l'aisselle, gros comme une petite noix.

Deux petits noyaux sur le trajet de la plaie au creux axillaire.

Plaie suppurante sur une partie ; membrane parcheminée noirâtre, derrière laquelle un petit amas de sanies fétides.

Historique. — Le début remonte à environ trois ans (1894), en poussant son lit, elle

se serait frappée au sein, et, quelques temps après, serait survenue une grosseur comme une noisette.

En juin 1896, la grosseur était comme une noix, presque indolore. A la consultation de Laënnec, on lui conseille une opération, qu'elle n'accepta pas.

Elle continua le traitement du pharmacien (teinture d'iode, cataplasme, pommades, etc.).

La petite tumeur s'ulcérait en juillet 1896, et la plaie a augmenté petit à petit.

En juillet 1897, au moment où je la vois pour la première fois, elle souffre beaucoup, dort très peu la nuit, a perdu tout appétit, ne pouvant plus travailler, elle vit très misérablement.

Elle vient se faire panser pendant deux ou trois mois, et, au mois de novembre 1897, je lui propose de lui faire des injections sous-cutanées, et je commence le traitement par les *injections sous-cutanées avec les produits solubles du champignon isolé des tumeurs cancéreuses humaines* par Bra.

Je commençai par une injection de 3 cent. cubes, trois fois par semaine : et au bout de deux mois, comme l'aspect de la plaie se modifiait avantageusement, je me contentai de deux injections par semaine ; un mois après, je n'en faisais qu'une seule.

Au mois de janvier 1898, la surface totale de la plaie était très restreinte et la suppuration presque nulle. Je ne fis que deux piqûres par semaine, et dès la fin de février, une seule.

Une amélioration considérable s'était produite dès le mois de décembre 1897. La malade mangeait, dormait sans auxiliaire, reprenait ses forces, travaillait durement surtout aux approches du 1er janvier. La plaie avait complètement changé d'aspect.

Au mois d'avril, je manquai de liquide injectable. Un retour offensif se produisit ; la suppuration revenait. Au mois de mai et de juin, je refis des injections, et à cette époque, elles ne me donnèrent pas les mêmes résultats que précédemment ; la préparation du liquide étant alors un peu suspecte, je suspendis toutes injections, pour en refaire quelques-unes au mois d'août, et je suspendis de nouveau pendant le mois de septembre, à cause de mon absence.

Le mois de septembre, les douleurs qui s'étaient calmées, reprirent une certaine intensité ; le 30 septembre notamment, elle éprouva des douleurs très vives au ganglion axillaire, et dans toute la région du sein ; elle attendait avec impatience la reprise du traitement. Ce qui eut lieu à mon retour, en octobre.

A partir d'octobre, les piqûres se firent régulièrement, à intervalles de huit ou quinze jours, suivant l'indication. Au mois de novembre 1898, le ganglion axillaire s'était ouvert, avait suppuré, et n'a plus reparu. Et au mois de juin 1899, je notais : la plaie a bon aspect, un peu vide, jette très peu. Sur le milieu, il s'est formé une sorte de pellicule blanchâtre, sorte d'exsudat blanc, consistant, adhérent.

Appétit bon, digestion se fait bien, sommeil peu troublé. La malade, couturière, a beaucoup fatigué toute la semaine, à cause du Grand Prix.

Le 29 juillet 1899, plus de douleur, plus de suppuration ; un peu de ouate fraîche pour tout pansement.

20 août 1899, cicatrisation parfaite. Le traitement est arrêté.

Du mois d'août 1899, au mois de mai 1900, il n'a été fait que trois ou qnatre injections et l'état de la malade n'a pas cessé d'être satisfaisant.

Fin mai 1900, je constate un retour offensif. Deux petits points de la cicatrice donnent un léger suintement. Sur le trajet de la cicatrice au creux axillaire, il s'est produit trois nouvaux noyaux durs, de la grosseur d'un petit pois. La malade a souffert de son

bras; cependant elle passe de bonnes nuits, elle mange et travaille toutes les journées dans son atelier de couture.

En présence de ce retour offensif, je reprends le traitement (une injection de 2 cent. cubès tous les dimanches).

La malade a été vue par Armand Gauthier, Gérard Marchant, Michaux.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle est le reflet des phases par lesquelles a passé la préparation du vaccin; elle démontre ensuite qu'alors même que la guérison semble être obtenue, il est nécessaire de ne pas suspendre totalement les injections.

Nous tenons à donner aussi l'observation suivante qui remonte à près de deux ans et que nous devons au Dr Mercier, car il s'agit ici, non d'une tumeur épithéliale, mais d'un fibrome. Elle rentre, par conséquent, dans le second cas que nous avons envisagé, en parlant des indications que doit remplir un traitement rationnel de la cancérose.

Madame Ch..., âgée de 47 ans, aucun antécédent héréditaire, réglée à 12 ans; depuis a toujours eu une menstruation régulière, mais abondante.

Elle contracta vers l'âge de 12 ans, une fièvre typhoïde qui laissa comme accident tardif, une surdité de l'oreille droite avec une otorrhée qui persista jusqu'en mars 1899.

Mariée à 26 ans, elle accoucha laborieusement, l'année suivante, d'un enfant à terme.

A 29 ans elle eut un second enfant qui mourut de convulsions quelques jours après.

Un an s'écoula dans un état de santé relatif, quand survinrent tout à coup des accidents méthorrhagiques.

Le docteur B. qui la soignait alors, lui ordonna des dragées d'ergotine qui, sans supprimer les pertes, les atténuèrent durant quelque temps. Il constata bientôt sur le corps de l'utérus, le développement d'une tumeur fibreuse qui allait chaque année en atteignant un peu plus de volume.

Les accidents métrorrhagiques qui s'étaient légerement amendés augmentèrent et la malade eut recours à l'électrothérapie.

Durant les premiers mois, les premières années mêmes, car la malade continua ce traitement pendant 6 ans, les pertes furent un peu moins abondantes et ne vinrent que par intermittences.

Malgré un suintement sanguin qui persistait dans les intervalles, la malade vaquait encore à quelques occupations, bien que la tumeur augmentât et rendit la marche pénible.

Mais, vers le mois de novembre 1898, malgré le traitement électrothérapique suivi, les accidents métrorrhagiques du début se montrèrent de nouveau avec plus d'intensité et la malade se mit au lit tout à fait.

Dans l'intervalle des pertes, l'écoulement sanguin était devenu plus abondant.

C'est à cette époque que je fus appelé près de la malade.

Pâle, exsangue avec un teint de cire et la voix presque éteinte, c'est ainsi que je trouvai Mme C. en février 1899. Peu de souffrances, d'ailleurs la tumeur n'exerçait de compression ni du côté du rectum, ni du côté des uretères et cependant elle dépassait le niveau de l'ombilic. Je parlai d'une intervention chirurgicale qui fut refusée. Je me bornai alors à prescrire des injections chaudes et des préparations d'ergotine. Sous l'influence du traitement, l'écoulement sanguin se tarissait pendant 4 ou 5 jours, puis une nouvelle hémorragie survenait avec d'énormes caillots.

J'essayai divers autres hémostatiques qui me donnèrent quelques succès tempo-

raires, mais la malade continuait à se plaindre de douleurs abdominales, de ballonnement, d'un malaise tel qu'elle désirait une nouvelle hémorragie qui la débarrasserait, disait-elle. Sur la demande du mari, je me décidai à expérimenter les injections des produits solubles retirés par Bra des cultures du champignon isolé par lui des tumeurs cancéreuses. Notre confrère voulut bien mettre à ma disposition les quantités nécessaires tout en me prévenant que dans le cas présent, il ne comptait sur aucun succès. Je fis une première injection de 3 cc. le 21 mars 1899, qui fut bien supportée. Je revins deux jours après ; la malade accusait un mieux sensible ; j'en fis une seconde le lendemain et, deux jours après les troubles abdominaux, les douleurs, le ballonnement avait disparu. Notons en passant que l'otorrhée dont se plaignait la malade depuis l'âge de 10 ans a disparu sous l'influence des injections.

Je continuai à faire deux injections par semaine, et l'écoulement sanguin ne survint que tous les 12 jours, puis de 20 jours en 20 jours, puis, au mois d'août, disparut complètement. La malade, qui gardait le lit depuis 8 mois, a commencé à se lever à partir de juin. Les forces et l'appétit allèrent en augmentant et la malade put sortir.

Actuellement, juillet 1900, c'est-à-dire 18 mois après le début des injections, les hémorragies n'ont pas reparu ; la tumeur a diminué de moitié et l'état général ne laisse rien à désirer. Il a été fait en tout 40 injections.

Il s'agit là d'un cas où tous les hémostatiques avaient échoué, et dont l'issue n'était guère douteuse, étant donné le refus de toute intervention chirurgicale.

L'état général s'améliore.— On observe un réveil des fonctions digestives, de l'activité nerveuse, une augmentation du poids. Tel malade qui gardait le lit se met à se lever, tel autre qui gardait la chambre se met à sortir, à se promener, à reprendre ses occupations. Alors même que les dimensions du néoplasme et les métastases interdisent tout espoir de guérison, il se fait une véritable rémission, une survie.

Il est bien entendu que ces améliorations sont proportionnelles à la gravité du mal et qu'il est des cas avancés où l'on observe aucune amélioration générale ou locale.

Sera-t-il possible d'augmenter la puissance curative du remède? Nous avons fait différents essais. Nous nous sommes servi, par exemple, dans nos injections, des cadavres globulaires recueillis sur la porcelaine après la filtration des cultures stérilisées — le pouvoir curatif ne semble pas augmenté.

En attendant, dans les cas inopérables, le vaccin peut être considéré comme un agent spécifique très utile. Il rendra des services là où tous les palliatifs ont échoué. Bien différent de la tuberculine, le vaccin anticancéreux ne détermine aucun des symptômes généraux qui servent à caractériser une infection aiguë de l'économie. Le traitement ne cause, en outre, aucune difficulté d'application et se borne à faire, par semaine, deux et parfois trois injections de 3 cc. Telle est du moins, la pratique employée jusqu'ici.

Nous résumerons ainsi l'état actuel de nos recherches thérapeutiques :

1° La Nectrianine et le Vaccin spécifique exercent, dans le cas de cancers inopérables une action palliative incontestable ;

2° Le Vaccin, dans quelques cas de non généralisation, possède une puissance curative manifeste ;

3° Son pouvoir préventif expérimentalement démontré, peut être utilisé à la suite des ablations chirurgicales, dans le but de prévenir la récidive.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Quelques observations sur les bains tièdes et les bains froids dans le traitement des complications de la rougeole, par le Dr E. Xalabarder (*Revista Cientifica Profesional*, nos 5 et 6 juin 1900). — Bien que l'emploi de l'eau froide dans les infections fébriles soit très ancien, le public et de même quelques médecins s'opposent en Espagne énergiquement à leur usage. La rougeole ne veut pas d'humidité disent-ils et ils abritent le malade tant qu'ils peuvent, le privant presque de l'air indispensable à la vie.

Le Dr Xalabarder proteste contre ces habitudes funestes et par une série de treize observations, dont une concernant sa fille, démontre les bénéfices qu'on peut obtenir des bains non seulement quand la rougeole suit un cours normal mais encore quand une complication se présente.

Il déduit de ses observations que le premier effet du bain est une impression sur le système nerveux sensitif se transmettant par voie réflexe à tout l'organisme : cette impression sera d'autant plus énergique que la différence entre la température du corps et celle de l'eau sera plus grande. Ainsi un bain à 28° qui à l'état normal sera ressenti comme tiède semblera froid quand le thermomètre marque 40°, surtout chez les enfants, d'où une impression de froid ressentie par tous les enfants. On déduira de ce fait que la température des bains ne doit pas être uniforme, mais basée sur les circonstances spéciales relatives à chaque cas.

Dans le traitement de la rougeole par les bains il faut chercher en dehors d'une soustraction mécanique de chaleur, l'*impression* et la *réaction*, celle-là surtout. La manière de procéder de l'auteur ne diffère pas de celle connue par tous. La température oscille de 25° à 30°, on rafraîchit l'eau pendant que l'enfant est dans le bain, on chauffe son lit avec des bouillotes, etc. ; pour aider la réaction, on lui donne un peu de bouillon, de lait, de vin blanc, etc. Dans quelques observations, l'éruption commençait à se dessiner dès le premier bain pour devenir plus évidente à la suite des autres bains. La première impression vaincue, l'enfant se tranquillise, respire mieux et l'agitation s'atténue.

Un des phénomènes les plus constants a été l'augmentation de la quantité d'urine et la disparition de l'albumine quand elle existait auparavant.

Le traitement doit se baser dans toute maladie infective et cyclique sur deux points capitaux ; la résistance de l'organisme et le bon fonctionnement des voies d'élimination, du filtre renal surtout. Le bain froid mieux que tout autre procédé thérapeutique influence ces deux facteurs.

En définitive, l'auteur est un partisan convaincu du bain froid, non seulement quand la rougeole suit son cours normal, mais encore et surtout quand une complication quelconque se présente. La température du bain doit être en raison inverse de l'élévation de la température du malade.

F. Berini.

Angines de la scarlatine, par Variot (*Société médicale des Hôpitaux*, 26 octobre 1900). — Chez 525 enfants atteints de scarlatine, M. Variot a constaté que 150 fois l'angine avait évolué du commencement à la fin de la maladie sans s'accompagner d'exsudat. Chez les 375 autres malades, l'exsudat est tantôt resté limité et circonscrit, tantôt au contraire a manifesté une tendance à s'étendre et à recouvrir de larges surfaces.

Dans un peu plus de la moitié des cas où l'angine scarlatineuse a présenté ces caractères pseudo-membraneux (62 fois sur 102) il a été impossible d'établir par l'examen clinique s'il s'agissait ou non de diphtérie et, seul, l'examen bactériologique a permis d'affirmer qu'on avait affaire à une angine diphtérique vraie (30 fois) ou à une angine pseudo-diphtérique. On sait que pour Bourges et Wurtz, les angines qui prennent le caractère pseudo-membraneux à la fin ou pendant la convalescence de la scarlatine appartiendraient seules à la diphtérie. Pour Variot, au contraire, les angines scarlatineuses précoces peuvent être également de nature diphtérique. Aussi, dès que l'angine revêt un caractère pseudo-membraneux, doit-on avoir recours aux injections de sérum antidiphtérique, quelle que soit la période de la maladie à laquelle se fait la transformation des caractères de l'angine, et sans attendre le résultat de l'examen bactériologique.

G. Lyon.

Le météorisme de la fièvre typhoïde et son traitement (*Medicinskoie Obosrenie* n° 5, 1900). — Un météorisme plus ou moins prononcé s'observe, comme on sait, assez souvent dans la fièvre typhoïde. D'après Tschernoff le météorisme a principalement les deux causes suivantes : 1° Développement exagéré des gaz intestinaux ; 2° Commencement d'atonie ou de paresse des parois intestinales. Or dans l'intestin des typhiques, il existe un très grand nombre de conditions qui favorisent des modifications dans les phénomènes de fermentation et de peristaltisme intestinal. Parmi d'autres causes prédisposant à la production de la fermentation intestinale on peut indiquer l'inflammation des plaques de Peyer et de la muqueuse en général. Ceci dit, voyons quel est le traitement du météorisme. Pour prévenir le gonflement de l'intestin par accumulation des gaz, il est indispensable avant tout d'éviter une exagération de la fermentation. C'est pour cela qu'il faut absolument supprimer immédiatement tout trouble dans les fonctions intestinales et cela quels que soient les symptômes par lesquels ce trouble se manifeste.

Dans les diarrhées on donnera des antiseptiques intestinaux ; dans les constipations on administrera des lavements. En ce qui concerne l'atonie de l'intestin elle résulte le plus souvent de l'intoxication de son appareil neuromusculaire par des produits de la fermentation anormale, phénomène qui se produit bien entendu dans la fièvre typhoïde.

Dans ces cas Tschernoff conseille de recourir aux applications locales de glace. L'action du froid ne se borne pas au refroidissement des parois abdominales, mais se répand aussi sur des parties plus profondes de la cavité abdominale. De cette façon, l'inflammation de l'intestin et du péritoine s'amende ; en même temps les phénomènes de fermentation diminuent, les mouvements péristaltiques reparaissent ou, s'ils existent, augmentent d'intensité, les gaz cessent de s'accumuler et le météorisme finit par disparaître.

Dr Roubleff.

Un cas de tétanos traumatique traité par le sérum (*Medecinskoie Obosrenie*, n° 6, 1900). — Il s'agit dans le cas rapporté par Roudneff d'un soldat blessé par une arme à feu et pris de tétanos. Au moment où le malade est entré à l'hôpital, le tétanos avait déjà frappé plusieurs groupes de muscles. On était à ce moment au septième ou huitième jour de la maladie ; et tout de suite on a commencé à faire des injections du sérum de Gabutschensky, préparé d'après le procédé de Behring. En l'espace de neuf jours on a injecté 255 grammes d'antitoxine. De temps en temps on a administré également du chloral à la dose de 2 à 3 grammes par jour et quelques autres remèdes symptomatiques.

La sérothérapie n'a pas déterminé d'action abortive très nette sur les accès, cependant dès les premières injections on a pu constater une atténuation de certains symptômes : amélioration de la déglutition, abaissement de la température.

L'évolution du tétanos a suivi une marche irrégulière : tantôt il y avait amélioration, tantôt aggravation. Le douzième jour il est survenu des convulsions toniques très intenses, après lesquelles le malade a commencé à se rétablir progressivement et a fini par guérir.

Quant aux complications déterminées par le sérum, on a observé la diarrhée pendant un jour et un érythème durant 5 jours.

Dr Roubleff.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

De l'anesthésie par l'injection lombaire intra-rachidienne de cocaïne et d'eucaïne par MM. Legueu et Kendirdjy (*Presse médicale*, p. 299, 1900). — M. Legueu a utilisé l'anesthésie lombaire pour 57 opérations. Après s'être servi uni

quement de cocaïne, il lui a substitué ensuite l'eucaïne qui a sur la première des avantages réels, notamment une toxicité beaucoup moindre. En outre la stérilisation de la solution est beaucoup plus facile, les solutions d'eucaïne sont plus stables et ne se décomposent pas par la chaleur.

Les solutions de cocaïne ou d'eucaïne utilisées étaient uniformément à 2 0/0.

La technique suivie a été la suivante : Le malade étant penché en avant, on mène par les crêtes iliaques une ligne horizontale. Au point où cette ligne fictive croise la colonne vertébrale se trouve une apophyse épineuse ; on ponctionne à droite de cette apophyse l'espace intervertébral qui lui est immédiatement sus-jacent ; c'est le troisième espace lombaire.

L'espace inter-épineux étant repéré avec l'index gauche, l'index droit se porte d'un travers de doigt environ de la ligne médiane ; là, il sent une légère dépression, saisissant alors l'aiguille de la main droite, on traverse la peau après anesthésie préalable au chlorure d'éthyle, puis les plans profonds, en se dirigeant un peu en haut et surtout en dedans. L'aiguille traverse facilement les masses musculaires ; elle éprouve quelque résistance au niveau du ligament jaune et la sensation de résistance constitue un point de repère.

Dès que le ligament jaune est traversé, l'aiguille entre facilement et le liquide céphalo-rachidien suinte alors en gouttelettes claires au bout de l'aiguille : c'est la preuve nécessaire que l'aiguille a bien pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien.

Après avoir laissé s'écouler huit à dix gouttes de liquide céphalo-rachidien, on procède à l'injection,

La dose moyenne injectée par Legueu est de 2 centigrammes, soit 1 cent. cube de la solution à 2 0/0 ; cette dose est suffisante. L'anesthésie est généralement absolue au bout de dix minutes, mais elle est parfois précoce, survenant au bout de deux ou trois minutes, d'où l'indication d'explorer de suite la sensibilité.

La limite supérieure de l'anesthésie est un plan transversal passant par l'ombilic. Sa durée est en moyenne de une heure à une heure et demie, et permet, par suite, de longues interventions.

Les phénomènes les plus fréquents, à la suite de l'injection, sont les vomissements, la céphalalgie et l'élévation de la température. Les vomissements ont été observés dans un tiers des cas environ ; ils ont toujours été peu violents, ne durant que cinq minutes au maximum ; ils ont moins de tendance à se produire chez les malades qui ne sont pas à jeun ; ils sont d'ailleurs indépendants de la quantité de cocaïne injectée.

La céphalalgie est un peu plus fréquente ; elle n'a manqué que 24 fois sur 55 ; d'une façon générale, elle est légère et supportable ; elle peut durer jusqu'au lendemain de l'opération.

L'élévation de la température (due à l'injection) n'a été constatée que 12 fois sur 55 cas. Le relâchement du sphincter anal a été constaté 7 fois. La rétention d'urine peut survenir passagèrement, En somme les accidents sont sans importance.

La conservation de la conscience du malade est un grand inconvénient de ce mode d'anesthésie. D'autre part, la contraction musculaire est conservée, ce qui trouble l'intervention gynécologique.

L'anesthésie lombaire doit être préférée pour toutes les opérations sous-ombilicales qui sont courtes de durée et simples d'exécution, pour les opérations sur le périnée, l'appareil urinaire inférieur, les membres inférieurs, à condition toutefois que la contraction musculaire ne doive pas apporter une gêne à l'acte opératoire.

G. Lyon

De l'anesthésie par injections intra-rachidiennes de cocaïne, par P. Delbet (*Journal des Praticiens* n° 41, p. 657, 1900). — On s'est servi d'abord de solutions assez concentrées et de doses élevées, 4, 5, 6 centigrammes. Avec les solutions fortes, on a eu des accidents graves, et on a dû diminuer la dose : il convient de ne pas employer une solution titrée à plus de 1 0/0 et de ne pas injecter plus de 3 centigrammes ; en général, 2 suffisent et quelquefois moins. Au bout de 4 à 20 minutes des fourmillements se produisent ; l'anesthésie débute par les pieds pour remonter jusqu'à l'ombilic ou l'appendice xyphoïde. Elle ne permet donc d'agir que sur les membres inférieurs ou la partie sous ombilicale de l'abdomen.

L'innocuité de la méthode est très discutable.

D'abord l'anesthésie n'est pas toujours obtenue, elle a fait défaut dans 4 0/0 des cas. D'autre part de petits accidents tels que sueurs, tremblements, convulsions cloniques dans les membres inférieurs sont fréquents. Parfois le sphincter anal devient incontinent.

La céphalée est fréquente, peut durer plusieurs jours et atteindre souvent une acuité extraordinaire.

Les accidents plus graves sont la syncope, les vomissements comme dans l'anesthésie chloroformique. Enfin il est un grave inconvénient de la méthode, c'est celui de ne pas supprimer, pour le malade, la vue et la conscience de l'opération.

Les contre indications sont les mêmes que pour le chloroforme ; altérations du cœur, des vaissaux et des reins, de sorte qu'aucune des méthodes ne peut bénéficier des contre-indications de l'autre.

Pour toutes ces raisons Delbet conclut que la méthode doit être rejetée de la pratique, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la perfectionner.

G. Lyon.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne comme moyen anesthésique à l'hôpital du Sacré-Cœur de Barcelone, par le Dr Rusca. (*Revuta de ciencias médicas*, 25 juin 1900). — C'est dans le service du docteur Cardenal, que l'auteur a expérimenté la cocaïnisation de la moelle. La première tentative a été faite au mois de janvier 1900 : mais, dit le docteur Rusca, soit que les espaces interlaminaires fussent effacés, soit par faute de technique, on a été obligé de recourir à l'anesthésie générale.

Les autres essais sont postérieurs à la communication de Tuffier et comprennent seize cas répartis comme il suit : deux amputations de la jambe au tiers inférieur : phlegmon diffus profond du pied et de la jambe droite; amputation de la jambe au tiers supérieur ; costotomie pour empyème ; taille hypogastrique pour calcul ; résection du genou pour arthrite osseuse tuberculeuse ; hygroma prérotulien ; hystéropexie : amputation de la jambe au tiers supérieur ; abcès froid de la jambe ; anus iliaque artificiel ; extirpation du rectum ; amputation de la verge ; cure radicale d'hydrocèle double.

A ces cas favorables à la méthode anesthésique de Bier, il faut en ajouter trois autres où, à cause de l'embonpoint du malade, l'aiguille n'a pu pénétrer dans l'espace sous arachnoïdien, malgré l'emploi d'une aiguille de 10 centimètres.

Les considérations qu'a suggérées au docteur Rusca les cas par lui opérés sont les suivantes : On est frappé du peu d'alcaloïde nécessaire pour obtenir l'anesthésie ; 7 milligrammes ont suffi dans un cas (amputation de la jambe) pour obtenir l'anesthésie. La durée de l'analgésie varie avec l'individu et la quantité d'alcaloïde injectée ; avec la même dose il y a eu des différences d'une demi-heure. Dans certains cas l'opération a pu durer une heure et demie avec 1/2 centigramme de cocaïne, ce qui fait que le docteur Rusca, d'accord avec Bier et Tuffier, croit qu'exceptionnellement on doit dépasser la dose indiquée.

Les effets immédiats qu'on a pu observer le plus fréquemment sont les nausées et le vomissement : ces accidents sont fugaces et disparaissent en général après quelques minutes d'intervention.

Chez presque tous les opérés on a observé une augmentation de la température qui n'a jamais dépassé 39°.

Le docteur Rusca croit cette fièvre déterminée par un effet toxique de l'alcaloïde sur les centres nerveux, participant de la même étiologie que la céphalalgie, les vertiges, les vomissements, la soif, les frissons, etc.

F. Bérini.

L'extirpation rapide des polypes nasopharyngiens, par Doyen (XIIIe *Congr. Int. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Les opérations récentes de polypes nasopharyngiens par la méthode d'abrasion rapide avec une rugine spéciale ont donné les meilleurs résultats. L'opération doit être faite dans la position de Rose et dure de trente à cinquante secondes à peine. Le tamponnement suffit à arrêter l'hémorragie.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum, par M. Delorme (*Acad. de médecine*, 9 octobre 1900). — L'A. présente un jeune soldat opéré depuis plusieurs mois d'un prolapsus fort ancien du rectum. Rappelons la méthode exposée récemment par ce chirurgien (Académie de médecine, 1er mai 1900) : M. Delorme excise la *muqueuse rectale*, allant jusqu'à 20 et 30 centimètres de longueur au plus, même dans les prolapsus ou invaginations volumineux.

L'excision faite, il suture au pourtour de l'anus les lèvres de la muqueuse excisée.

Le point particulier sur lequel il insista, était l'*immobilisation* absolue de la région sous des pansements contentifs et occlusifs pendant la cicatrisation. Par conséquent, diète rigoureuse et opium. Les membres inférieurs doivent être aussi fixés par des liens aux genoux, pour empêcher les mouvements ; la marche sera tardive. On obtiendrait par ce moyen d'aussi bons effets dans le prolapsus total que dans le prolapsus de la muqueuse seule, contre laquelle ce traitement est usité depuis longtemps.

La cicatrisation est parfaite, et il n'y a pas de récidive chez le malade présenté. Pour éviter l'ascension de la muqueuse rectale, qui s'était produite dans un de ses premiers cas, M. Delorme a fixé par plusieurs sutures en anse la tunique musculeuse du rectum aux fibres les plus internes du sphincter externe.

A. Benoit.

Sur la technique de la craniotomie par M. Codivilla (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — L'auteur présente le craniotome qu'il a fait construire pour ouvrir de larges brèches exploratrices sur le crâne et un crâne d'une petite fille, opérée il y a trois ans, et morte de tuberculose générale un an et demi après. Ce craniotome très simple agit avec une

grande rapidité. Il a sur les autres instruments l'avantage de pratiquer une incision linéaire sans perte de substance osseuse et de n'avoir besoin d'aucune autre énergie (électricité par exemple) que celle mise en œuvre par la main de l'opérateur.

Le craniotome est basé sur ce principe : une petite lame d'acier, passant à plusieurs reprises sur la même région du crâne, y creuse un sillon et le divise complètement. Pour y parvenir, la lame doit non seulement agir toujours sur la même ligne, mais avec force. La craniotome se fixe par une vis qui traverse l'os du crâne en toute son épaisseur et la force est transmise à la lame tranchante par le long bras du levier mu par l'opérateur. L'instrument peut exécuter des brèches ostéoplastiques circulaires ou d'autre forme dérivant des combinaisons des différentes sections des circonférences. Dans la calotte que l'auteur présente, l'instrument a été appliqué trois fois et la brèche a été ample comme celle d'une hémicraniectomie. La pièce prouve aussi que le craniotome agit idéalement pour pratiquer des brèches exploratrices, puisqu'une fois la réparation obtenue, il n'existe que quelques légères traces de l'opération : le disque osseux est fixé définitivement aux bords de la brèche du crâne par de minces ponts qui proviennent de la néoformation réparatrice et qui assurent la stabilité du disque. Dans la région opérée, il n'y a aucune néoformation osseuse exubérante pouvant comprimer le cerveau, ou l'irriter en quelque façon que ce soit.

Déductions thérapeutiques des récidives du cancer du sein, par le Dr Aguilar Jordan (*Revista Valenciana de ciencias medicas*, juin 1900). — Bien qu'on n'ait pas trouvé jusqu'à ce jour, le microbe producteur du cancer, cette question a cependant pris une nouvelle voie dès que l'on sut que certaines néoformations conjonctives (actinomycoses) et épithéliales (eczéma du mamelon ou maladie de Paget et psorospermose folliculaire) sont produites par des coccidies ou autres organismes inférieurs. La maladie de Paget surtout a jeté une vive lumière sur la question, car très souvent elle est suivie de cancer du sein. Sans méconnaître que cette question est encore en voie de développement, il est certain que, surtout au point de vue de la pathogénie des récidives du cancer du sein, on a découvert de nouveaux horizons féconds en applications thérapeutiques.

Les récidives du cancer du sein, dit le Dr Aguilar Jordan, peuvent être *locales*, *régionales* et *généralisées*. Après avoir décrit ce qu'on doit entendre par chacune de ces récidives, il dit que les locales seules sont, en général, l'objet d'indications thérapeutiques.

Les causes qui influent sur les récidives d'un cancer du sein, en plus de celles dépendant d'un défaut dans la technique opératoire et qui seront exposées dans un moment, on trouve celles dépendant de la nature histologique de la tumeur : celle-ci est d'autant plus maligne et récidivante que ces éléments cellulaires se rapprochent davantage du type embryonnaire et que le ciment intercellulaire est moins consistant. On s'explique ainsi la facilité avec laquelle certains éléments se détachent et entrent dans le torrent circulatoire, provoquant des récidives locales ou des métastases.

L'âge des malades influe d'une façon très relative sur la récidive des cancers ; il est vrai que de 20 à 40 ans, la récidive se montre au bout de trois ou quatre mois, terme moyen, tandis que de 65 à 80 ans la récidive ne se fait qu'au bout de huit à dix mois, mais il ne faut pas oublier que les cancers les plus malins apparaissent dans la jeunesse, ce qui explique mieux que l'âge la récidive plus prompte.

Pour l'extirpation par les procédés anciens, extirpation de ce qui paraît cancéreux au simple examen, en négligeant les ganglions axillaires, la statistique accuse 59 à 61 0/0 de récidives locales : ce procédé doit donc être considéré comme incomplet. Il ne faut pas toutefois incriminer toujours le procédé opératoire, car les inoculations involontaires pratiquées par le chirurgien pendant l'acte opératoire peuvent jouer un rôle, et cela est une raison de plus en faveur de la théorie parasitaire.

Dans cette affection, la chirurgie doit être radicale, laissant de côté les tendances conservatrices actuelles. Les récidives locales nous obligent à extirper toute la glande, même si la lésion semble limitée et encapsulée, et les récidives régionales ou ganglionnaires nous obligent à aller beaucoup plus loin encore, mais il ne faut pas cependant chercher à extirper les récidives cancéreuses qui ont dépassé la clavicule.

Si certaines formes histologiques se caractérisent par leur malignité évidente, il y a certaines autres variétés cliniques où l'intervention chirurgicale est suivie dans la plupart des cas de récidive et généralisation rapide. Parmi celles-ci on peut citer les cancers atrophiques ; la forme squirreuse, pustuleuse de Velpeau ; le cancer en cuirasse, etc.

D'après le Dr Aguilar, pour les effets ultérieurs de la récidive et la généralisation des cancers du sein, on doit se souvenir des indications suivantes : 1° Sujets jeunes et en bon état général ; 2° Nodules cancéreux limités ; 3° Absence d'adhérences à la paroi costale, à l'artère et à la veine axillaire : 4° Néoplasies avec peu d'infiltration cutanée.

Eu égard à ce qui vient d'être dit, il faut supprimer toutes les infiltrations néoplasiques dans des tissus voisins.

On commencera donc par de larges ablations cutanées, puis on extirpera les ganglions tributaires, même s'ils ne semblent pas envahis et on supprimera les organes qui pourraient être le siège de récidives.

L'auteur s'est très bien trouvé de cette règle de conduite dans trois cas, deux avec invasion ganglionnaire, et, malgré le temps écoulé, il n'y a eu aucune récidive locale ni symptômes de généralisation.

F. Berini.

Injections sous-cutanées de solution aqueuse d'acide phénique à 5 0/0 dans les phlegmons et autres affections septiques locales, (*Wratch* n° 22, 1900). — Reinitschenkoff a employé les injections sus-indiquées pratiquées par Conchez, dans les phlegmons, l'érysipèle, le charbon, le lupus, la morve, la diphtérie et un grand nombre d'autres affections à manifestations locales.

Ces injections ont été pratiquées soit dans les tissus environnant le foyer enflammé ou suppuré, soit dans le foyer lui-même ; une partie du liquide a été injectée dans la couche profonde, l'autre dans la couche superficielle (par exemple sous le périoste et la couche cellulaire.

Quant à la quantité, l'auteur l'a réglée de la façon suivante ;

Dans les affections bénignes, chez les adultes, on ne doit injecter qu'une seringue de Pravaz; dans les affections malignes — dans les mêmes conditions, on injectera deux seringues. La quantité totale ne doit pas toutefois dépasser 4 seringues, dont deux dans le foyer suppuré lui-même et les deux autres dans la région infiltrée.

Chez les enfants on n'injectera que la moitié de la quantité indiquée et même moins. Au bout de 3 à 4 jours, suivant l'évolution de la maladie, on pourra ajouter une on deux seringues et l'on tâchera de faire les injections dans les régions infiltrées et particulièrement dans les points douloureux, car c'est dans ces points douloureux que se trouvent principalement les microbes.

Il faut injecter, dans le foyer suppuré, une ou deux seringues dans le but d'aseptiser son contenu.

L'auteur a eu l'occasion d'employer les injections d'acide phénique dans 147 cas, et en se basant sur ce grand nombre d'observations, il formule les conclusions suivantes sur les avantages présentés par son procédé :

1° La solution aqueuse d'acide phénique à 5 0/0 se montre un antiseptique puissant, et ne provoque aucune complication si l'on se garde bien de dépasser les doses indiquées plus haut.

2° Les injections exercent une action antipyrétique, en combattant la cause même de la maladie, ce qui fait qu'avec ces injections la température — même s'il existe des abcès — ne s'élève pas et l'économie n'est pas épuisée.

3° Ces injections arrêtent la formation du pus et de cette façon préservent l'économie contre l'épuisement, en même temps qu'elles rendent le pus déjà formé liquide, sanguinolent et apte à la résorption. Ce pus là ne contient presque pas de microbes vivants.

4° Les injections d'acide phénique à 5 0/0 suppriment rapidement les douleurs intenses qui torturent les malades ; cette action anesthésiante dure pendant 3 à 4 jours. Les malades souffrant horriblement, voient leurs souffrances disparaître 5 minutes après l'injection et par la suite continuent à se sentir fort bien.

5° Ce procédé ne détermine ni perte de tissus, ni cicatrices déformantes.

D. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

De la cure sulfatée-sodique dans le traitement des dyspepsies et de l'emploi du sulfate de soude à faible dose comme laxatif, par le Dr A. Manquat (XIIIe *Congrès int. Sc. médicales*, Paris, 1900). — La nécessité, dans certains cas, de prescrire pendant un temps plus ou moins long un laxatif, a déterminé l'auteur à consigner le résultat des observations faites avec le sulfate de soude, *administré d'une façon particulière*. Outre que ce sel jouit d'une innocuité *relative*, il a l'avantage d'être utile dans un certain nombre d'*états dyspeptiques*; enfin, il entre dans la minéralisation d'un grand nombre d'eaux minérales : de là son importance.

Les observations se rapportent au sulfate de soude *du commerce*, sel impur, mais plus actif que le sulfate de soude pur, et d'ailleurs à peu près le seul livré par les pharmaciens.

I. Effets laxatifs. — Recherchant la *dose laxative minima*, l'auteur a pu se convaincre qu'il est possible d'obtenir, presque à coup sûr et sauf résistance individuelle, une selle molle ou liquide, ou en partie solide et en partie liquide, avec une dose de sulfate de soude *ne dépassant pas 6 à 7 grammes*, aux trois conditions suivantes :

1° *Ne pas s'adresser à un sujet qui ait de l'encombrement stercoral préalable* et élever les doses d'un gramme pour les gros mangeurs, car la solution sulfatée-sodique à dose faible et diluée n'ayant qu'une action *mécanique* et nullement purgative au sens du mot, ne peut faire circuler qu'une masse solide restreinte;

2° Donner le remède *à jeun* et laisser le sujet sans rien ingérer pendant au moins une heure après ;

3° Dissoudre le sel dans un véhicule *abondant*, soit un grand verre d'eau, de préférence (mais non nécessairement) chaude (37° environ), condition qui rapproche ce mode d'administration de celui des eaux minérales thermales.

On provoque ainsi une *évacuation unique*, en un temps assez court qui peut ne pas excéder trois heures, c'est-à-dire un temps moindre que celui nécessaire aux doses massives purgatives. Il est important en effet de spécifier *qu'il ne s'agit pas d'une action purgative: les choses se passent comme si le liquide ingéré, après avoir quitté l'estomac, cheminait rapidement le long du tube intestinal, par le simple fait d'une action péristaltique exagérée, sans produire aucune réaction sécrétoire, et n'agissait par suite que mécaniquement à la façon d'une chasse ou d'un simple lavage.* Indépendamment de cette action, il faut tenir compte des effets locaux et généraux propres au sulfate de soude, tels que : effets diurétiques, effets sur la sécrétion gastrique, diminution des déperditions azotées, ralentissement du pouls et abaissement de la température.

Le sulfate de soude, administré ainsi, ne peut prétendre qu'au rôle d'évacuant simple, rôle d'ailleurs très important au point de vue de l'antisepsie intestinale. Il est utile :

1° Dans la *constipation habituelle*, surtout lorsque celle-ci dépend d'un état dyspeptique justiciable du sulfate de soude ;

2° Lorsqu'il y a avantage à *supprimer l'effort de défécation* (chez les *éventrés*, certains hernieux, les *apoplectiques*, les congestifs);

3° Chez les *hémorrhoïdaires*, surtout ceux qui saignent.

4° Chez les sujets qui ont souffert d'une atteinte d'*appendicite*, en même temps qu'un *régime* approprié, lorsque les phénomènes aigus ont disparu ;

5° Dans l'*entérite muco-membraneuse* ;

6° Chez les sujets qui, par suite d'une péritonite antérieure, paraissent être sous la menace d'une *obstruction intestinale* ;

7° Dans la *diarrhée chronique des pays chauds* et dans la *dysenterie chronique*.

Suivant le cas, dans ces divers états, le sulfate de soude sera donné tous les jours, ou tous les deux ou trois jours avec les atténuations nécessaires que nous indiquerons ultérieurement.

II. Cure sulfatée-sodique dans le traitement des dyspepsies. — Modifiant légèrement la pratique de M. Hayem, l'auteur a prescrit 6 grammes de sulfate de soude dans un grand verre d'eau bouillie, à 37° environ, le matin à jeun, pendant une vingtaine de jours, comme il a été dit, pour obtenir des effets laxatifs. En même temps, *régime plus individuel que systématique et théorique*, le plus souvent très large et non débilitant, c'est-à-dire assez *abondant*. Les résultats ont été favorables :

1° Dans les *dyspepsies* caractérisées *cliniquement* par : l'*hyperesthésie* de la muqueuse gastrique, subjectivement perçue, c'est-à-dire douloureuse ou déduite de ses effets de réflectivité ; la *contraction spasmodique du pylore* qui en résulte ; les *régurgitations hyperacides*, mais *non fétides*, qui témoignent à la fois de l'une et de l'autre ; la *lenteur de l'évacuation stomacale*, démontrée par la persistance de ces régurgitations et la constatation du *clapotage* pendant cinq, six heures et plus après chaque repas ; le tout s'accompagnant d'*appétit normal* ou *exagéré* avec entraînement à une mastication rapide et insuffisante, d'*inaptitude au travail et surtout aux exercices physiques* en même temps que de *bouffées de chaleur* et de *rougeur à la face* aussitôt après les repas, et au contraire de *pâleur du visage* quelques heures après, souvent d'une *tendance invincible au sommeil* après les repas, d'autres fois au contraire, surtout chez les sujets prédisposés par un état névropathique, d'*insomnie* la nuit, très souvent enfin de *constipation*.

Cet état correspond à diverses formes de dyspepsie décrites par les auteurs sous des désignations variables, mais impliquant toutes l'idée de *suractivité des fonctions gastriques :*

a) L'ingestion de la solution sulfatée-sodique opère chaque matin, dans les cas de ce genre, un *lavage interne de l'estomac* qui soustrait mécaniquement l'influence des liquides résiduels et concourt au repos de l'organe ;

b) Le sulfate de soude a une *action propre, cellulaire*, qui, chez les hyperpeptiques, régularise la sécrétion gastrique, ainsi que l'a démontré M. Hayem.

2° Chez les *chlorotiques dyspeptiques*, surtout lorsqu'il existe des douleurs gastriques ou de la constipation ;

3° Chez les *tuberculeux dyspeptiques*, éréthiques ou fébricitants, *sous réserve* de la surveillance des effets obtenus dès le début de la cure ;

4° Dans les *dyspepsies douloureuses* sans lésion organique ;

5° Dans l' *hypersécrétion gastrique* ;

6° Dans la glycosurie des dyspeptiques.

III. Dangers de l'abus de la cure sulfatée-sodique. — Quand le sulfate de soude a été pris depuis trop longtemps, l'intolérance se traduit par des troubles digestifs, peu marqués d'abord et qui disparaissent aisément avec la suppression du remède, mais qui n'en commandent pas moins impérieusement cette suppression, sous peine d'aboutir, ainsi que l'a vu M. Hayem, à l'hypopepsie ou même à l'apepsie. Ces troubles consistent en : *diminution de l'appétit, lenteur d'évacuation de l'estomac, hypoacidité du contenu gastrique* contrastant avec l'*exagération de la motricité*, d'où résultent des *régurgitations* fréquentes, mais *non acides*, du moins pendant les premières heures qui suivent les repas. En même temps, les sujets deviennent apathiques et l'action laxative du sulfate de soude est diminuée.

Cet état se manifeste d'autant plus tôt que les doses ont été plus élevées et plus souvent répétées; il est presque fatal, malgré une certaine discontinuité, si l'on n'a soin d'*interrompre complètement* de temps à autre l'impression du médicament sur la muqueuse gastrique. De là la règle de se défier du sulfate de soude à dose quotidienne dès qu'on dépasse trente jours. L'usage, tous les deux ou trois jours, peut être supporté pendant des mois; mais il est toujours nécessaire d'interrompre complètement le médicament de temps à autre, si l'on veut éviter de provoquer un état d'asthénie sécrétoire de l'estomac plus ou moins durable.

Traitement diététique de l'inflammation du cœcum (*Therap. Monatshefte*, octobre 1900). — Richter recommande de veiller tout spécialement, chez les malades atteints d'inflammations iléo-cœcales, à l'emploi du lait bouilli de préférence au lait cru. Le traitement de l'inflammation du cœcum exige en effet une diminution des mouvements péristaltiques, que l'on cherche à obtenir par le repos absolu et l'emploi d'un régime et de médicaments appropriés. Dans ces conditions, les bacilles tuberculeux que peut contenir le lait cru restent beaucoup plus longtemps en contact avec la muqueuse intestinale que chez un sujet bien portant et les chances d'inoculation sont plus grandes.

L'auteur cite un cas de tuberculose abdominale qui semble s'être développé dans ces conditions.

E. Vogt.

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le curettage et la pyloroplastie, par M. A. Kabloukor (*Med. Obozr.*, juillet 1900). — On trouve sous ce titre la relation fort intéressante chez une femme de 37 ans d'un cas d'ulcère rond qui occasionnait des douleurs et des vomissements atroces. L'auteur, bien que l'ulcère stomacal fût en pleine activité, se décida à intervenir par la laparatomie. Il incisa transversalement le pylore et constata la présence, sur la paroi postérieure de la région pylorique, d'un ulcère assez étendu et de forme arrondie. Il gratta à la curette tranchante le tissu scléreux qui en formait le fond, sans provoquer d'hémorragie et referma la plaie stomacale dans le sens vertical, suivant le procédé de Heineke-Mikulicz, pour prévenir un rétrécissement cicatriciel. Le soir même, les douleurs et les vomissements cessèrent pour ne plus se reproduire et la malade se rétablit rapidement. L'auteur conseille donc de suivre cette conduite et pense que les bons résultats ainsi obtenus sont dus, non seulement au curettage de l'ulcère, mais à la section des fibres musculaires de l'anneau pylorique qui supprime le spasme et assure à l'ulcère un repos favorable à sa cicatrisation.

A. Benoit.

De l'appendicite à canal ouvert, par M. F. Giraud (*L'Echo médical de Lyon*, 15 oct. 1900). — Dans une étude originale, qui reprend brièvement l'historique de la pathogénie de l'appendicite, cet auteur, s'appuyant principalement sur les travaux de Roux et de Poncet, montre que les causes de l'appendicite, comme le voulait M. Dieulafoy, ne peuvent être ramenées à l'unité. De nombreuses et récentes recherches répétées ont prouvé que dans plus de la moitié des cas, il n'y a pas cavité close ; surtout chez les enfants, le canal est largement ouvert dans les cas d'appendicite opérés et soigneusement examinés. La théorie du vase clos a été également fortement ébranlée, depuis que certains expérimentateurs (thèse de Lafforgue, citée par Poncet) ont trouvé à l'amphithéâtre que dans 88 0/0 des appendices, appartenant à des sujets chez lesquels les antécédents pathologiques appendiculaires étaient nuls, on trouve des matières fécales oblitérantes ou des kystes véritables par occlusion. Si bien qu'on pourrait presque dire que la proportion est plus forte des appendices trouvés libres au cours des opérations pour appendicite. La théorie de M. Dieulafoy conservera-t-elle au moins quelques cas dans cette vaste étiologie des appendicites? Ceci est discutable puisque l'oblitération de l'appendice n'a pas donné lieu à des accidents dans une multitude de cas contrôlés à l'autopsie, et que l'occlusion expérimentale a donné les résultats les plus divergents. En effet, pour les uns, dans les foyers purulents, les microbes s'atténuent progressivement, et finissent par disparaître (Josué et Roger) ; pour les autres, la virulence s'exalte dans le tissu d'une cavité intestinale

close (Klecki). Les microorganismes passent à travers les parois pour infecter le péritoine.

On conçoit dès lors que l'on n'ait pas tardé à abandonner les premières hypothèses devenues insoutenables pour se tourner vers une explication qui a au moins le mérite de ne pas se trouver en contradiction avec les faits. C'est la *théorie de l'infection* : *l'appendicite est une folliculite, habituellement compliquée de lymphangite.*

M. Roux a fait ressortir l'analogie de structure qui existe entre l'amygdale et l'appendice. Ces deux organes sont riches en follicules clos ; le tissu lymphoïde qui les compose essentiellement réagit pathologiquement de la même façon. On peut avoir des appendicites pariétales consécutives à des *entéro-colites*, sans pour cela que tout malade atteint de cette affection doive nécessairement avoir une appendicite, car il y a une question de terrain. De même, l'appendice peut faire de l'inflammation pour son propre compte, ainsi que l'amygdale ; comme pour cette dernière, ce sont les jeunes sujets qui fournissent la plupart des cas et l'affection va ensuite en diminuant, à mesure que l'on avance en âge et que la richesse en follicules clos diminue. Cette explication est la seule qui permette de comprendre l'*appendicite grippale*, installée en France depuis que la grippe y a pris racine, les *appendicites épidémiques* (1), etc.

Quant aux corps étrangers que l'on trouve fréquemment dans les appendices des sujets opérés, on peut dire que leur présence y est presque normale et que, loin d'avoir causé la maladie, ils n'en sont souvent que la conséquence.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Sur l'origine urémique de l'angine de poitrine des artério-scléreux, par A. Gilbert et M. Garnier (*Presse médicale*, p. 263, 13 octobre 1900). — L'angine de poitrine est un syndrome et rien de plus ; le terme d'angine de poitrine consacre un tableau clinique qui peut se présenter dans un grand nombre d'états morbides différents ; Andral l'a trouvée dans la péricardite, Huguenin dans les myocardites. Corrigan en 1838 et, récemment Hirtz en 1887 l'ont vu liée à une aortite aiguë ; les lésions d'un organe éloigné, foie, rein, utérus, peuvent aussi s'accompagner quelquefois d'angine de poitrine que l'on qualifie alors de réflexe ; elle peut apparaître dans des maladies dyscrasiques comme la goutte (Lécorché), le diabète (Vergely), dans le goître exophtalmique, l'épilepsie (Trousseau), l'hystérie, des maladies infectieuses comme l'impaludisme aigu (Mourson), le rhumatisme (Peter, Martinet), enfin des intoxications par l'oxyde de carbone (Renaut), le thé (Percival, Stokes, Huchard), le café (Max Cohn, Huchard), et surtout le tabac (Gélineau). Mais dans le plus grand nombre des cas l'angine de poitrine se montre en dehors des conditions étiologiques précédemment indiquées chez des individus ayant atteint la fin de l'âge adulte ou l'ayant dépassé, et chez lesquels l'examen permet de constater un ensemble de troubles légers ou graves relevant de l'artériosclérose.

Pour Gilbert, l'angine de poitrine est due à une névralgie ou à une névrite du plexus cardiaque, d'origine le plus souvent toxique ; l'angine de poirine des artério-scléreux est liée à une intoxication mécanique, et le syndrome emprunte alors sa gravité à la cause dont il dépend. Une indication thérapeutique primordiale découle de cette constatation, c'est que l'*angineux doit être soustrait à toute cause d'intoxication alimentaire ou médicamenteuse et soumis au régime lacté.*

Au point de vue anatomique, on a divisé les angines en deux classes : les angines vraies reconnaissant pour substratum anatomique constant une lésion coronarienne (Kreysurg, Huchard), et les angines fausses, sans lésions des coronaires ; mais les signes cliniques distincts de ces deux variétés n'ont pas toute la valeur qu'on leur attribue. La fausse angine serait l'apanage des femmes de 30 à 40 ans, l'angine vraie serait surtout une maladie des hommes âgés. Cette dernière se montrerait le jour, la fausse angine apparaissant la nuit de préférence ; enfin et surtout l'angine coronarienne serait provoquée par la marche, un effort, une circonstance quelconque exigeant de la part du cœur un travail plus considérable que de coutume ; mais en réalité, si les premiers accès apparaissent sous l'influence d'un effort, les accès ultérieurs surviennent sans cause appréciable et se montrent la nuit : enfin leur durée augmente, elle peut atteindre une à plusieurs heures (Masson, Duchenne de Boulogne) ; il existe même des accès subintrants constituant un état de mal angineux. Somme toute, aucun caractère différentiel absolu ne sépare les deux variétés d'angine ; on ne fait pas le diagnostic d'angine vraie ou fausse, mais celui d'angine grave ou bénigne et les signes indiqués sont

(1) Thèse de Thibault, Paris, 1900.

moins utiles pour la distinction nosographique de deux sortes d'angine que pour établir le pronostic.

Or, ce syndrôme grave ou bénin, mais toujours univoque ne dépend pas d'une même lésion anatomique, contrairement à l'opinion de certains auteurs. Ceux même qui ont admis l'origine coronarienne, ont dû invoquer l'hypothèse d'un spasme artériel dans les cas où l'orifice des coronaires n'est pas oblitéré : d'ailleurs, on a souvent constaté des rétrécissements ou même l'oblitération des coronaires à l'autopsie de sujets qui, pendant leur vie, n'avaient jamais présenté d'accès d'angor pectoris. Les recherches expérimentales ont montré que l'interruption de la circulation dans les coronaires entraîne des troubles graves du rythme cardiaque et l'arrêt du cœur, en quelques minutes ; or, dans l'angine de poitrine, le plus souvent, le « cœur paraît assister impassible à la violente douleur dont il est le siège ; ses mouvements sont normaux, le pouls est calme » si bien même « qu'on a une tendance naturelle à placer le siège de la maladie en dehors du cœur » (Huchard) ; les expériences de Bezold, de Cohnheim, de Portès, etc. ne peuvent donc étager la théorie coronarienne.

Il est une théorie qui permet d'expliquer avec vraisemblance la douleur si vive, si particulière qui constitue la propre angine de poitrine. C'est celle qui fait remonter l'origine des accidents à un trouble fonctionnel ou organique du plexus cardiaque. (Lœnnec, Bouchut, Parrot, Axenfeld Peter, Trousseau, Jamond, Lancereaux, Lécorché. Frédérick, Von Basch). La névralgie ou la névrite du plexus cardiaque explique bien tous les phénomènes : la douleur retro-stermale, les irradiations vers l'épaule et le bras gauche, vers les branches du plexus cervical, et les phénomènes rares comme l'aphonie, la constriction du pharynx, les nausées, les vomissements, le hoquet (branches extra-cardiaques du pneumagastrique). Le stypage de la région précardiaque au chlorure de méthyle amène souvent une sédation remarquable des phénomènes douloureux (Debon). Ce qui semble bien confirmer l'angine névralgique.

Mais s'il s'agit d'une névralgie ou d'un névrite du plexus cardiaque, encore faut-il en déterminer la cause, dans la variété la plus fréquente de l'angine de poitrine, dans celle des artério-scléreux. Les artério-scléreux ont presque tous des reins altérés, comme le prouvent les urines abondantes, claires, renfermant de l'urohématine et parfois une petite quantité d'albumine ; d'après Gilbert et Garnier la cœxistence de l'angine de poitrine et de la néphrite interstitielle est la règle pour l'angine de poitrine grave, celle qui tue. D'ailleurs l'angine coexiste ou alterne souvent avec d'autres manifestations urémiques, telles que l'asthme. Il est autre part un critérium thérapeutique qui permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un phénomène urémique : l'action curative du régime lacté intégral est frappante.

Dès que l'angineux est mis au lait, les accès diminuent de fréquence et s'espacent, pour reparaître si le malade revient trop vite à l'alimentation ordinaire. Le lait ne guérit pas l'angine de poitrine, mais il diminue l'intoxication de l'organisme.

Par contre les médicaments n'ont qu'une action fâcheuse, les calmants, la morphine en particulier n'amènent qu'une sédation momentanée des phénomènes : ils hâtent plutôt qu'ils n'éloignent le retour des crises. Seuls les iodures semblent agir d'une façon heureuse, peut-être parce qu'ils se comportent comme de véritables antitoxiques, l'iode possède en effet, à un haut degré, le pouvoir d'atténuer les toxines. C'est plutôt en modifiant l'état humoral qu'en entravant l'évolution de la sclérose, lésion définitive et irrémédiable, qu'agissent les iodures.

En résumé l'angine de poitrine des artério-scléreux est d'origine urémique et doit être considérée comme une névralgie ou une névrite du plexus cardiaque : névralgie toxique également, l'angine théique, caféique, tabagique, toxique encore l'angine dyspeptique (par auto-intoxication alimentaire), car elle guérit par le régime lacto-végétarien ; toxique enfin l'angine de poitrine du diabète, de la goutte, du goître exophtalmique, maladies considérées aujourd'hui comme des intoxications.

Il semble donc que dans tous les cas d'angine ce soit le plexus cardiaque que l'on doive incriminer, soit qu'il soit troublé fonctionnellement, soit altéré dans sa structure ; quant aux causes qui agissent sur lui, si elles diffèrent cliniquement elles ont un lien commun qui est l'intoxication : poisons formés dans l'organisme ou toxines. Si l'intoxication est passagère (tabac) la guérison viendra facilement une fois la cause enlevée. Quand elle est permanente et due à une altération irrémédiable des reins, les accidents se reproduisent presque fatalement à échéance plus ou moins éloignée.

G. Lyon.

Traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Therap. Monatshefte*, octobre 1900). — Hecht recommande vivement une formule due à Huchard, et qui lui a donné les meilleurs résultats. Il s'agit des pilules hémostatiques suivantes :

Ergotine..... } ãã 2 gr.
Sulfate de quinine..... }
Poudre de feuilles de digitale } ãã 2 gr.
Extrait de jusquiame..... }
Mêlez et faites pilules n° XX.
5, 8, 10 pilules par jour.

Dans un cas compliqué de diarrhées profuses, Hecht a remplacé avec succès l'extrait de jusquiame par l'extrait thébaïque. Il ne serait pas éloigné d'attribuer surtout à l'action de la quinine les bons effets qu'il a observés. La tendance aux hémorragies viscérales est fréquente chez les tuberculeux; ces malades sont pour ainsi dire des hémophiles, et l'on sait que la quinine représente un tonique très usité dans le traitement de l'hémophilie.

E. Vogt.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Traitement du lupus vulgaire, par les rayons lumineux concentrés, par Niels R. Finsen (XIII' *Congr. intern. des Sc. médicales*, Paris, 1900). — Au cours de plusieurs années d'études sur les effets physiologiques de la lumière, l'auteur a tout d'abord remarqué sa *faculté de produire une inflammation cutanée plus ou moins intense*, avec une influence nocive dans certaines affections, par exemple dans la variole. En comparant cet effet avec *l'action bactéricide de la lumière*, constatée par des nombreuses recherches, avec sa faculté démontrée par ses propres recherches et par celles d'autres observateurs, de *pénétrer à travers la peau*, l'idée lui vint *d'utiliser la lumière comme moyen curatif pour certaines affections de la peau d'origine bactérienne*. En octobre 1895, il institua ses premières expériences pratiques, en commençant par un cas de lupus vulgaire.

Tout d'abord, il faut constater que dans le procédé indiqué par l'auteur, il n'est question d'aucun effet *thermique* de la lumière. *La méthode se base exclusivement sur l'emploi des rayons chimiques* (bleus, violets et ultra violets) de la lumière.

Il s'agit donc, *avant tout*, d'employer une lumière assez riche en ces rayons et de la concentrer le plus possible. En second lieu, comme il faut exclure les rayons thermiques, il est nécessaire de « refroidir » la lumière, aussi fortement que possible. C'est dans ce double but que les appareils sont construits. Comme source lumineuse, on utilise pour le moment la lumière électrique ou la lumière solaire. La lumière est concentrée par un système de lentilles en cristal de roche, et on la refroidit en la faisant passer par une couche d'eau distillée. Encore faut-il observer qu'en présence des obstacles que suscite le sang à la pénétration de la lumière dans les tissus, il est nécessaire de rendre la région cutanée à traiter à peu près exsangue; ce résultat est obtenu au moyen d'appareils compresseurs, appliqués pendant le traitement directement sur la peau, à l'endroit malade devant subir l'action de la lumière. Ces appareils sont des verres creux par où passe pendant l'application du traitement, un courant ininterrompu d'eau froide; on obtient ainsi un refroidissement plus complet, et tout danger d'action thermique est ainsi éliminé.

Le traitement s'effectue par séances d'une heure un quart; chaque malade est traité une ou deux fois par jour, et à chaque séance, une place est désignée pour recevoir, pendant une heure bien complète, l'action de la lumière.

La plaque lupique est placée près du foyer de l'appareil concentrateur, de sorte que les radiations viennent frapper perpendiculairement un champ d'environ 0,02 centimètres de diamètre.

Le traitement est absolument indolore, il arrive même quelquefois que le malade s'endort pendant la séance. S'il y a ulcération, la pression continue de l'appareil compresseur, pourra toutefois causer un peu de douleur.

L'effet d'un tel traitement se caractérise par une rubéfaction locale, généralement suivie de la formation d'une vésicule, *n'occasionnant jamais aucune perte de substance*. Cette réaction aboutit dans un laps de six à huit jours à une exfoliation épidermique.

Afin d'éviter l'infection des vésicules, un pansement à l'eau boriquée ou quelque onguent à l'oxyde de zinc, est appliqué.

Lorsque la tache lupique est assez étendue, le traitement est commencé sur toute la périphérie. Il est également nécessaire de revenir plusieurs fois sur la même place, ce qui peut se faire huit ou quinze jours après le traitement précédent; quelquefois même, la même plaque peut être attaquée pendant plusieurs jours ou plusieurs séances consécutives.

L'effet de ce traitement est caractérisé par une régression successive et graduée de l'affection, les ulcérations diminuent en profondeur et en étendue, puis elles disparaissent tout à fait; les nodosités hypertrophiques s'aplanissent et deviennent plus petites; les nodus confluents, se transforment en petits nodus séparés

par une peau saine, enfin, ces derniers disparaissent de même. — Ce processus dure plus ou moins longtemps, suivant l'intensité et l'étendue de l'affection; on n'interrompt le traitement que lorsque la maladie n'offre plus de traces distinctes. Toutefois le malade n'est pas encore définitivement guéri. — A l'expiration de ce *premier traitement*, le sujet est gardé en observation à l'Institut ou chez son médecin ordinaire. Dans les cas les plus favorables, le malade se conserve en parfait état, sans plus de traitement, mais le plus souvent de petits foyers morbides subsistent encore dans les profondeurs de la peau et réapparaissent de nouveau à la surface, sous forme de petites nodosités dispersées çà et là. Un *second traitement* de courte durée est alors institué.

Dans les cas nombreux où l'auteur a suivi ces principes, il n'a *jamais* observé de *récidive*. Mais si le malade néglige ce deuxième traitement, ces légers foyers peuvent prendre une extension considérable.

La durée de ce temps d'observation ne peut être encore définitivement fixée ; à cet égard, on ne saurait être trop prudent, car pour le lupus vulgaire, il existe malheureusement trop de sources favorables aux récidives telles que la tuberculose des autres organes, des restes de lupus des muqueuses. La durée du traitement varie bien entendu suivant la nature des cas; pour obtenir une moyenne générale, l'auteur a fait un relevé des 100 premiers cas guéris. Il reste établi que le traitement principal, dure en moyenne, quatre mois et demi. Pendant la période d'observation suivante, de un à deux ans en moyenne, deux fois le traitement secondaire a été appliqué par périodes de trois semaines environ. *Le traitement effectif a donc été en moyenne de six mois pour chaque malade.*

Les avantages de la méthode sont les suivants :

1° *L'effet est remarquablement constant*; même dans les cas les plus intenses et les plus étendus, où une guérison complète était absolument douteuse, une amélioration considérable a été obtenue et la marche progressive a été arrêtée. Les cas tout à fait réfractaires ne sont que dans la proportion de 2 à 3 0/0.

2° *Le résultat, en tant que plastique*, est des plus satisfaisants, car le traitement a cette propriété d'être essentiellement conservateur.

3° Les parties périphériques en apparence saines où il existe souvent des foyers morbides, peuvent être impliquées dans le traitement sans qu'il en résulte de cicatrices.

4° Pas d'effets secondaires ou rétroactifs défavorables.

5° Le procédé est indolore, comme nous l'avons dit plus haut.

L'inconvénient de la méthode, c'est sa cherté et sa lenteur. Cependant, au cours de ces dernières années, l'auteur est arrivé à atténuer considérablement ces défauts. Il faut encore ajouter que dans une série de cas, d'affections limitées, quelques semaines, quelques jours même ont suffi pour faire disparaître la maladie.

La majorité des cas a été exclusivement traitée à la lumière, ce n'est que dans les cas très étendus, très anciens ou négligés, à nodosités continues et hypertrophiques, que l'on eut recours à un onguent caustique quelconque pour hâter la guérison ; on diminue ainsi notablement la durée du traitement.

Depuis 1895, 553 cas de lupus vulgaire ont été traités par l'auteur et par M. le Dr Forchhammer, qui dirige la clinique de l'Institut depuis 1898.

130 malades sont encore en traitement permanent. Des 423 restants :

19 sont morts, presque tous de tuberculose pulmonaire.

10 sont partis pour cause de maladies graves, le plus souvent de tuberculose pulmonaire.

32 ont interrompu le traitement, la plupart pour des raisons économiques; quelques-uns étaient mécontents des résultats obtenus.

362 ont suivi le traitement principal jusqu'au bout et sont restés en observation pendant un temps plus ou moins long.

Traitement du chancre mou par le biiodosalicylate de soude (*Thérapeutique moderne russe*, n° 2, 1900). — Dans 40 cas de chancre mou, Foloff a employé le biiodosalicylate de soude sous forme de saupoudrements répétés deux à trois fois par jour, après avoir au préalable nettoyé la plaie avec une solution tiède d'acide borique.

En se basant sur les résultats obtenus dans ses quarante cas, l'auteur formule au sujet de ce traitement les conclusions suivantes :

1° Le biiodosalicylate de soude est un moyen thérapeutique incontestablement efficace dans le chancre mou ; n'ayant pas d'odeur il possède sous ce rapport un certain avantage sur l'iodoforme ;

2° Dans presque tous les cas on observe un détergement de la plaie, suivi d'une guérison rapide et dans bien des cas, complète, surtout si, dans les derniers jours du traitement, les saupoudrements sont pratiqués non pas avec de la poudre pure de biiodosalicylate de soude, mais mélangés de talc à 2 0/0 ;

3° Dans des cas récents et dans des ulcères peu étendues, il suffit souvent de saupoudrer avec des mélanges au talc, mais plus concentrés à 10 à 15 0/0 ;

4° Le biiodosalicylate de soude à l'état pur cautérise ; si son action est prolongée, il finit par déterminer une action destructive sur la périphérie. Cette propriété devient, si la surveillance est minutieuse, une arme précieuse, car elle permet de ne pas recourir au nitrate d'argent :

5° Les douleurs déterminées par le biiodosalicylate de soude sont moins prononcées que celles déterminées par le sozoïodolate de soude; ajoutons que dans certains cas les douleurs ne surviennent pas du tout.

D. Roubleff.

Contribution à l'étude du traitement de la gale (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 sept. 1900). — Sachs rappelle que les médications actuellement préconisées dans le traitement du scabiès offrent de nombreux inconvénients : c'est pourquoi il a expérimenté, sur 35 malades, un produit nouveau, l'éther benzylique de l'acide benzoïque ou *péruol*. Ce produit fait partie intégrante des composants actifs du baume du Pérou : le topique utilisé par l'auteur a été obtenu par synthèse. C'est une huile incolore, fluide, presqu'inodore, non toxique, qu'on emploie mélangée à trois ou quatre parties d'une huile non irritante quelconque (huile de ricin, par exemple).

La friction doit être énergique, de façon à bien faire pénétrer le médicament: elle sera précédée, si besoin est, d'un savonnage général. Le nombre des frictions a été de 3 en trente-six heures, rarement on fit 4 frictions. Il ne faut pas trop se presser d'administrer le bain de nettoyage terminal, on attendra de préférence trois à quatre jours, pendant lesquels le péruol continuera à couvrir le tégument cutané; cette manière de procéder n'a aucun inconvénient, car le topique n'est pas irritant et ne tache pas le linge. Les 10 cas où le scabiès était compliqué d'eczéma, de furonculose, etc. ont guéri comme les autres, sans aucune complication : les urines sont toujours restées normales, même chez des sujets mal nourris, anémiques, affaiblis, etc. Chez un enfant âgé de quatre mois, on n'enregistra pas davantage d'inconvénient.

Dans 4 cas, il y eut récidive, mais il semble qu'il s'agissait plutôt de réinfections.

En résumé, l'action parasiticide est certaine, on n'observe aucune action nocive sur la peau ou les organes internes, et le topique ne répand aucune odeur. Le prix du péruol est malheureusement un peu élevé.

E. Vogt.

Eléphantiasis de la main traité par le massage, par le Dr Vendrett (*Revista de Ciencias Medicas de Barcelona*, n° 10, 1900). — Il s'agit d'un individu qui à la suite d'une piqûre par arête de poisson dans la région hypothénar de la main droite a vu celle-ci augmenter de volume à tel point que la main avait perdu complètement sa forme. L'amputation fut proposée par quelques chirurgiens, mais le malade ne se décida pas et l'auteur entreprit le massage de la lésion.

Les séances de massage donnèrent un résultat très satisfaisant, et cela au bout d'un temps relativement court. Aujourd'hui le malade peut se servir de la main bien qu'elle soit toujours encore un peu augmentée de volume.

F. Berini.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'hôpital de la Charité

Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromyômes rétropéritonéaux de l'utérus : importance de la méthode vaginale de la myomectomie conservatrice, par Dmitri de Ott (XIIIe *Congrès int. de Méd.*. Paris, 1900). — L'auteur présente les résultats de ses essais du traitement opératoire direct des corps fibreux rétropéritonéaux, qui embrassent un nombre de 52 cas. Vu le développement extra-péritonéal de la tumeur, il a dû commencer, après l'ouverture de l'abdomen, par une incision de la partie postérieure du péritoine pariétal et décortiquer ensuite la tumeur. Après avoir fait l'hémostase, il tamponne la cavité, plus ou moins étendue, formée par la décortication, avec une large bande de gaze stérilisée, dont il mène le bout dans le vagin en crevant le cul-de sac, ou par la plaie résultant de l'ablation de l'utérus, si cette dernière opération a été nécessaire. Il réunit ensuite par une série de sutures les feuillets du péritoine, et la poche cellulaire, tamponnée de gaze, est de cette manière complètement isolée de la cavité abdominale. Le tamponnement cité avec une bande de gaze — très salutaire au point de vue de l'issue de l'opération — est utilisé à la fois comme hémostatique et comme drainage capillaire préservant de la stagnation des sécrétions. L'auteur a obtenu par ce procédé des résultats favorables

même dans les cas de tumeurs très considérables, où la cavité formée par la décortication dépassait la partie libre de la cavité abdominale. Enfin il ferme complètement les parois abdominales et met dans le vagin un tampon léger de gaze iodoformée : il procède à son remplacement au fur et à mesure qu'il est trempé par les sécrétions qui s'écoulent du bout de la bande située dans la poche laissée par la tumeur enlevée.

Dans les 52 cas de fibromyômes extrapéritonéaux opérés par ce procédé, l'auteur n'a eu à constater que deux décès. Cependant il y avait dans le nombre des malades très faibles et épuisées qui avaient déjà subi une ou deux cœliotomies exploratrices, d'autres très anémiques avec des altérations de cœur.

En résumant les susdites observations, on en vient inévitablement à la conclusion que la gynécologie a actuellement les moyens de combattre avec succès la catégorie des fibromyômes considérée encore récemment comme non opératoire, en modifiant en conséquence les indications de leur traitement.

Il reste à rechercher une méthode opératoire qui permettrait d'obtenir des résultats de ce genre, offrant moins de dangers que la cœliotomie. Les principes à suivre sont analogues à ceux de l'opération décrite ; isolement, autant que possible, de la cavité résultant de la décortication et écoulement libre des sécrétions. Les cas nombreux qui ont été suivis par l'auteur l'autorisent à recommander avec insistance la voie vaginale pour les fibromyômes rétropéritonéaux ainsi que pour les autres formes de tumeurs fibreuses. On évite par la méthode vaginale tous les dangers de l'ouverture de l'abdomen en enlevant avec un risque minimum les tumeurs de l'utérus. Outre les avantages directs que présente ce procédé, il permet d'appliquer pleinement les principes de la chirurgie conservative. C'est surtout dans la catégorie des fibromyômes rétropéritonéaux que l'effet est éclatant, la tumeur pouvant être décortiquée dans certains cas sans même perforer le péritoine. L'opérateur atteint par une incision du cul-de-sac de Douglas la tumeur, dont la décortication par le doigt est parfois très facile, surtout si le volume n'est pas considérable et les tissus qui l'entourent pas dégénérés ; il tamponne ensuite la poche cellulaire, ce qui termine l'opération. En cas de tumeur considérable, on parvient d'abord par le doigt à la partie inférieure de la tumeur, on en diminue le volume par morcellement et on enlève peu à peu toute la tumeur. L'auteur a pu ainsi éloigner, en conservant l'utérus et les annexes, des tumeurs dépassant le volume d'une tête de nouveau-né. Si les connexions des corps fibreux avec le tissu utérin sont très intimes et étendues et la décortication suivie d'hémorragie, on attire l'utérus dans l'incision pour faire des sutures hémostatiques. La méthode ne change en rien, si on ouvre le péritoine pendant l'opération : dans les cas de tumeurs intraligamentaires, qui font saillie en haut, ou dans les cas de corps fibreux sous-péritonéaux à noyaux multiples, on est obligé d'avoir recours à ce procédé par incision du cul-de-sac ; on éloigne ensuite la tumeur, on diminue ainsi le volume de l'utérus, on l'attire pour faire la ligature des tissus saignants et on le replace dans sa position normale.

La myômectomie conservatrice vaginale peut être de même appliquée avec succès dans les cas de corps fibreux sous-muqueux, qui pour des raisons quelconques ne sont pas accessibles *per vias naturales*. Tandis que jusqu'à présent il ne restait qu'à faire le choix entre l'extirpation vaginale de l'utérus entier ou la cœliotomie abdominale conservatrice, on a maintenant le moyen, en enlevant la tumeur par la voie vaginale, de conserver l'utérus pour son fonctionnement ultérieur. On procède dans ces cas-là, après l'incision du cul-de-sac, à l'hémisection de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, on enlève la tumeur, et l'utérus, réuni scrupuleusement par des sutures, reste en place.

L'auteur a eu 27 cas de myômectomie conservatrice, où l'opération a été pratiquée par la colpotomie. Toutes les malades, à l'exception d'une, furent rétablies, ce qui donne avec les précédents comme résultat final trois décès sur 79 opérées.

La méthode vaginale a non seulement comme avantage de restreindre le risque de l'opération même, mais elle est aussi suivie d'une convalescence beaucoup plus facile.

A l'appui de ses assertions, l'auteur présente la statistique des résultats obtenus dans le traitement chirurgical des fibromyômes de l'utérus par la cœliotomie et par le vagin.

La somme totale des opérations est de 382 avec 26 décès.

La cœliotomie fut pratiquée dans 189 cas : l'auteur a perdu 20 malades, c'est-à-dire 10,6 0/0. La méthode vaginale fut pratiquée dans 193 cas sur lesquels l'auteur relève 6 décès, c'est-à-dire 3,1 0/0.

La méthode vaginale, comparée à la cœliotomie, est par conséquent 3 fois moins dangereuse ; en y adjoignant les autres avantages cités, on arrive à la conclusion que celle-ci doit être préférée dans tous les cas où elle peut être appliquée.

La colpotomie a donc reçu une nouvelle importance et elle est en même temps un nouveau

moyen de conserver la santé à la femme, sans la priver de ses fonctions sexuelles.

L'hystérectomie abdominale totale, dans les cas de dystocie par fibrome utérin, par Eustache (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Med.*, Paris, 1900). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme atteinte de dégénérescence fibromyomateuse énorme de l'utérus avec grossesse à terme et travail commencé depuis plusieurs jours. Devant l'impossibilité de terminaison par les voies naturelles et la survenance d'accidents infectieux, il recourut de propos délibéré à l'hystérectomie abdominale totale et obtint un succès complet pour la mère (l'enfant était déjà mort et macéré).

Il insiste sur la facilité de l'opération dans les cas de grossesse à terme, facilité due à l'élongation du vagin, sur la bénignité des suites opératoires dans le cas qui lui est personnel comme dans les cas analogues qui ont été publiés déjà. Il en conclut que, dans la dystocie par fibromes utérins, l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro doivent céder le pas à l'hystérectomie abdominale totale, laquelle doit être comptée désormais au nombre des opérations obstétricales.

Nouveau traitement du prolapsus de l'utérus, avec notes se rapportant à trente cas, par J. Inglis-Parsons (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Le prolapsus de l'utérus s'opérant graduellement, les ligaments distendus ne sont pas réparés par la nature comme dans les autres dislocations.

Le principe du traitement est de stimuler le tissu cellulaire des ligaments larges, dans des conditions antiseptiques, afin que le cours de la régénération des tissus se produise de la même manière que dans les autres parties du corps.

Le chirurgien, par l'injection d'une solution de quinine ou de tout autre liquide, provoque la formation de lymphe, la nature fait le reste; la réorganisation suit, et les ligaments larges deviennent alors assez forts pour supporter l'utérus.

L'opération consiste à faire pénétrer une fine aiguille à travers les parois du vagin jusqu'au milieu de la partie inférieure des ligaments et à y injecter une solution de sulfate de quinine.

L'usage d'un pessaire est nécessaire pendant quelques jours pour maintenir l'utérus en place jusqu'à la formation de la lymphe ; on peut alors l'enlever.

L'emploi d'un anesthésique n'est pas indispensable : mais il est cependant préférable, quoique l'opération ne dure que quelques minutes.

Après l'opération il y a peu ou point de douleur et la température reste généralement normale.

La patiente doit garder un repos complet de 4 à 8 semaines selon la gravité du cas, jusqu'à complète réorganisation.

Une injection peut suffire : mais pour des cas existant depuis plusieurs années 2 ou 3 peuvent être nécessaires.

L'opération à été faite à tous les âges entre 21 et 66 ans.

Le traitement ne gêne pas la grossesse : l'accouchement à terme de 2 malades s'est produit dans d'excellentes conditions. En procédant avec soin et en employant les méthodes antiseptiques, l'opération n'est pas dangereuse : le premier cas date de trois ans et la malade est encore en bonne santé.

Trente cas en tout ont été traités.

La plus grande partie des malades étaient atteintes de procidence complète : quelques-unes d'entre elles souffraient depuis plus de 20 ans. Outre le prolapsus, les parois vaginales et l'assise pelvienne étaient mous et distendus ; l'utérus était agrandi et lourd, quelquefois ulcéré ou présentant une grande érosion, et de l'endométrite provenant de congestion chronique.

Les symptômes de cystocèle se produisent fréquemment.

Lorsque l'utérus est soutenu, toutes ces complications commencent à s'amender et dans beaucoup de cas disparaissent peu à peu. Sur 30 cas, 25 ont réussi, les malades étant capables de fournir un travail pénible et de gagner leur vie. 3 cas ont éprouvé de l'amélioration et 2 ont eu une rechute.

De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes, par le Dr Henri Delagénière (du Mans) (XIIIe *Cong. int. des Sc. Médicales*, Paris 1900). — En 1897, au Congrès de Chirurgie, l'auteur a attiré l'attention sur ce point et a admis l'origine intestinale des appendicites dans ces cas. Aujourd'hui il apporte 26 nouveaux cas qui permettent d'étendre la question. Il s'agit, comme dans toute appendicite, d'une folliculite infectieuse. La folliculite est le plus souvent préparée par l'inflammation péritonéale, due à l'annexite ou à l'affection de l'utérus. Cette péritonite amène la constipation, la stase des matières dans l'intestin, puis la colite, la typhlite et enfin l'appendicite. A cette cause qui est la plus fréquente, il faut ajouter l'infection des follicules par la coexistence, dans certains cas, d'annexites infectieuses. Enfin, s'il est beaucoup plus fréquent de voir l'appendicite consécutive à l'annexite, on peut voir aussi certaines formes

de suppurations pelviennes consécutives à des appendicites suppurées. Il s'agit de suppurations pelviennes et non d'annexites, les annexes, dans ces cas, n'ayant présenté que des lésions superficielles et de propagation péritonéale.

Toutes les formes d'appendicite ont été trouvées : folliculaires, aiguës et chroniques ; le foyer suppuré, quand il existait, arrivait au contact des annexes droites et était encore séparé du Douglas par l'anse oméga. Dans certains cas, l'extrémité de l'appendice paraissait simplement enfouie dans des adhérences venant des annexes. Les symptômes de l'appendicite dans les annexites se confondent avec ceux des annexites en général. Lorsqu'il s'agit de tumeurs utérines, le diagnostic est plus facile, les signes étant ceux de l'appendicite ordinaire. On rencontre dans un grand nombre d'observations les crises d'appendicite éclatant au moment des règles. Dans cette forme, le siège à droite de la lésion, les antécédents gastriques et l'état gastrique actuel permettront seuls de faire le diagnostic.

Comme dans toute appendicite, on ne peut prévoir comment se comportera la crise présente. Toutes les complications habituelles des appendicites sont à craindre. On devra donc, dès que le diagnostic sera porté, conseiller l'opération immédiate : dans le cas de doute, l'opération immédiate sera encore indiquée, car l'attente ne peut rien faire gagner à la malade. L'opération consistera en une laparotomie médiane, l'ablation des annexes malades et de l'appendice, et, s'il existe un foyer suppuré, le drainage direct de ce foyer par une contre ouverture dans la fosse iliaque droite.

Du curettage électrique par Foveau de Courmelles (XIIIe *Congrès internat. de Méd.*, Paris, 1900). — Le curettage à la curette de Récamier, rénové depuis quelques années, n'a pas donné tous les résultats qu'on attendait et il n'est pas toujours inoffensif, l'instrument tranchant ayant parfois perforé des utérus friables ; aussi l'auteur a-t-il pensé à remplacer la curette classique par une anse de platine, de forme spéciale.

L'opérateur n'a pas à faire intervenir pour le diagnostic sa sensibilité propre, mais bien celle de la malade, non endormie, en vertu du principe suivant d'électro-diagnostic : Tout point d'épiderme ou de muqueuse qui est lésé, congestionné, ou abrite des régions congestionnées, ulcérées, perçoit plus vivement que le voisinage, le passage d'un courant électrique, même faible. En promenant un pôle négatif de courant continu, dont le positif est sur le ventre, dans la cavité utérine on découvrira ainsi les points lésés ou plus lésés que leur voisinage, les maxima du processus morbide, et c'est là que devra s'exercer l'action destructive révulsive, d'un courant continu plus fort, thermique, par une anse de platine, plane et arrondie.

La grande difficulté de réaliser ce curettage galvano-thermique ou pyrogalvanique était d'avoir un seul instrument à la fois, explorateur et destructeur, afin de n'avoir pas, en changeant d'appareil, d'hésitation après l'examen et lors de la cautérisation sur le siège du mal. Un galvano-cautère spécial, avec borne additionnelle, permet de rendre l'anse de platine, avant son rougissement, électrode négative et exploratrice, et le point à brûler ainsi déterminé, on presse sur le manche du galvano-cautère et le courant thermique passe alors, rougissant l'anse de platine. On opère ainsi pour les différents points.

Dans l'endométrite hémorragique, certaines métrites avec lésions des annexes, mais sans rétraction placentaire, cette action cautérisante et révulsive a donné les meilleurs résultats (154 observations).

Tamponnement vaginal prolongé dans les annexites chroniques (*Wratch*, n° 29, 1900). — Kornitzky a employé chez 21 malades atteintes d'annexite chronique le tamponnement vaginal systématique. Dans tous ces 21 cas la maladie durait depuis assez longtemps : dans 10 cas depuis plus de 4 ans, dans les autres, 11 cas de 1 à 4 ans.

La cause déterminante a été la blennorragie (8 cas) et l'accouchement (13 cas) : chez 13 malades l'affection annexielle a été compliquée d'une inflammation du péritoine. Ajoutons enfin, pour compléter l'étiologie de ces cas, que l'affection annexielle a été bilatérale dans 10 cas et unilatérale dans 11 cas.

Pour pratiquer le tamponnement vaginal, l'auteur s'est servi, dans la majorité des cas, de bandes de gaze avec lesquelles il remplissait entièrement la cavité vaginale. Le tampon a été changé tous les deux ou trois jours ; le tamponnement a été continué pendant toute la durée du traitement sauf pendant la période des règles.

Les résultats obtenus par ce traitement ont été les suivants ; la rachialgie qui torture toutes les malades atteintes d'annexite, disparaît aussitôt ; les exsudats soit péritonéaux soit cellulaires, se résorbent, l'utérus reprend sa situation normale ; les règles deviennent plus rares et moins prolongées ; l'état général s'améliore rapidement.

Ce sont les cas où il n'y a pas de complications du côté du péritoine qui bénéficient tout particulièrement de ce traitement.

Si l'on ajoute que le procédé proposé par Kornitzky est simple, qu'il ne présente aucun

danger, qu'il n'exige ni séjour à l'hôpital ni aucune autre mesure particulière, on ne saurait que souscrire à l'opinion de l'auteur, quand il estime que ce procédé doit prendre une place importante parmi d'autres procédés conservateurs.

Dr Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Recherches cliniques concernant l'action de l'aspirine (*Deutsche Aerzte Ztg*, 15 octobre 1900). — Valentin a étudié, dans le service de Stadelmann à Berlin, les propriétés de l'acide acétylsalicylique (aspirine). Ce produit, difficilement soluble dans l'eau, n'est décomposé qu'en milieu alcalin, et traverse par conséquence l'estomac sans subir des modifications et sans irriter celui-ci. Les doses sont de 4 à 5 grammes par jour.

60 malades atteints de rhumatisme aigu ou chronique ont été soumis à cette médication : dans les cas aigus, la guérison a été rapidement obtenue, mais il n'en a pas été de même pour quelques cas chroniques : il est vrai que ces derniers se montrèrent aussi réfractaires à l'action de l'acide salicylique, de la quinine, etc., et ne cédèrent qu'à des médications thermales ou électriques.

En général, l'aspirine s'est montrée exempte d'inconvénients, mais dans quelques cas, on nota des sueurs profuses fort désagréables pour les malades. Les bourdonnements d'oreilles furent observés dans 3 cas ; dans 1 cas ils furent très intenses, et le même phénomène se manifesta quand on remplaça l'aspirine par le salicylate de soude. Dans un autre cas, des doses faibles d'aspirine provoquèrent de violents bourdonnements, alors que des doses plus fortes d'acide salicylique étaient bien supportées. En revanche, plusieurs malades incommodés par la médication salicylée supportèrent fort bien l'aspirine : en tous cas, cette dernière ne provoqua jamais de troubles gastro-intestinaux et n'irrita jamais le rein, ce qui a permis d'utiliser son action thérapeutique dans 3 cas d'arthrite scarlatineuse. Les complications cardiaques ne constituent pas une contre-indication à l'emploi de l'aspirine.

L'action est peu marquée dans le rhumatisme musculaire, plus efficace dans les cas de névralgies, quel que soit leur siège ; ici, l'effet est encore remarquable dans ces cas réfractaires à l'acide salicylique ou à l'antipyrine.

Dans la sciatique, les cas aigus seuls sont favorablement influencés.

E. Vogt.

Nouvelles recherches concernant le traitement par l'héroïne (*Deutsche Aerzte Ztg*, 15 septembre 1900). — Stadelmann injecte sans aucun inconvénient jusqu'à 5 milligrammes d'héroïne à la fois, et jusqu'à 0 gr. 02 par jour. Pour l'ingestion stomacale, il ne dépasse pas 0 gr. 25 à la fois. Ses résultats, surtout quand on choisit la voie hypodermique, sont remarquables dans les cas de dyspnée et de toux angoissante.

L'accoutumance est très peu marquée : on peut pendant des semaines administrer les mêmes doses sans voir leur effet s'atténuer sensiblement. La suppression brusque du médicament est fort bien supportée quand le traitement par l'héroïne n'a pas duré plus de 3 semaines. Mais quand la médication a été longtemps prolongée et qu'il a fallu donner des doses plus fortes (3 à 5 milligrammes quatre fois par jour par exemple), la suppression brusque provoque une dyspnée intense, de l'affaiblissement avec irritabilité nerveuse, etc.

L'héroïne est-elle un succédané vrai de la morphine et à quelle dose? L'auteur a cherché à résoudre le problème en remplaçant du jour au lendemain, sans avertir les malades, l'héroïne par la morphine; il a pu reconnaître ainsi que 3 milligrammes d'héroïne correspondent à 5 milligrammes de morphine, mais que le changement de médication est presque toujours nettement perçu : le sommeil morphinique est suivi en effet d'un réveil moins agréable, les sujets se plaignent d'avoir la tête lourde. Dans certains cas toutefois, les malades ont déclaré préférer la morphine.

E. Vogt.

Contribution à l'étude de l'action de l'essence de térébenthine (*Münchener med. Wochenschrift*, n° 28, 1900). — Les recherches de Schulz démontrent que le système nerveux central éprouve, sous l'influence de l'essence de térébenthine, un ralentissement dans son fonctionnement, se manifestant surtout dans le domaine médullaire (répugnance pour le mouvement musculaire, fatigue physique, etc.). On observe en outre, une diminution de la fréquence du pouls.

Dans le domaine des organes digestifs, on note des crampes d'estomac ayant pour caractéristique d'augmenter après les repas, des vomissements présentant la même particularité, de l'anorexie, de la constipation.

En revanche, l'auteur n'a observé que fort peu de complications rénales : jamais on ne trouva d'albumine, mais quelquefois une augmentation des urates.

Les organes respiratoires paraissent n'éprouver aucun trouble de fonctionnement sous l'influence des vapeurs de térébenthine.

E. Vogt.

Nirvanine comme anesthésiant dans la pratique dentaire (*Thérapeutique moderne Russe* n° 4 et 5, 1900). — Dzenkevitch a employé la nirvanine pour l'anesthésie locale dans 28 cas. Sur ces 28 cas dans 17 (60 0/0) l'effet obtenu à été complet : dans 4 cas l'action a été faible et dans 7 nulle.

On injecte des solutions dont la concentration varie de 2 à 5 0/0 ; les injections sont pratiquées dans l'épaisseur de la gencive, à 1/2 centimètre du bord alvéolaire ; l'aiguille est introduite aussi profondément que possible sous le périoste, de façon à ce que le liquide injecté puisse toucher la paroi osseuse de l'alvéole. Une moitié de la seringue a été injectée du côté de la joue, l'autre moitié du côté de la langue.

L'anesthésie survient au bout de 5 à 10 minutes. (Il est nécessaire de préparer la solution pour chaque cas particulier immédiatement avant qu'on en ait besoin.

Dzenkevitch a fait cette remarque que la nirvanine agit mieux sur les dents supérieures que sur les dents inférieures. L'action anesthésiante a été particulièrement nette dans les cas où l'on avait à arracher soit des racines soit des dents à racine simple. On est arrivé ainsi à arracher 5 à 6 dents en une seule séance.

Dzenkevitch cite deux cas qui prouvent que dans les mêmes conditions la nirvanine peut agir sur le maxillaire supérieur et rester sans action sur le maxillaire inférieur ; les mêmes malades éprouvent dans ce dernier cas une douleur intense.

Dr Roubleff.

Préparation du glycéro-phosphate de chaux, par le Dr Marcelino Palomino (*La Farmacia Espanola*, n° 22, 1900). — Le mode de préparation suivi par l'auteur, dérivé de la méthode recommandée par le Dr Puerta consiste à mélanger des parties égales de phosphate neutre de chaux et d'acide phosphorique médicinal, en ajoutant de la glycérine (deux parties) et en chauffant le mélange jusqu'à 150° au bain de sable ; on retire du feu dès que l'on sent des vapeurs d'acroleine (odeur d'huile brûlée). La masse prend un peu de couleur, après refroidissement on la dissout dans l'eau : en ajoutant de l'alcool absolu, il se dépose du glycéro-phosphate, qu'il suffit de sécher.

Le corps ainsi obtenu est une poudre blanche légère, soluble dans vingt parties d'eau froide, et moins soluble dans l'eau chaude. La solution doit être neutre et ne pas donner de précipité avec le nitrate d'argent.

Les solutions aqueuses sont très altérables. Le produit préparé comme il vient d'être dit, revient à un prix bien inférieur au produit commercial, ses effets sont en même temps bien plus marqués.

F. Berini.

De l'électricité dans le sauvetage, par le Dr Foveau de Courmelles (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'électricité agit de diverses façons pour sauver l'individu : soit directement, par l'induction du nerf phrénique, du diaphragme, du cou, du thorax, à la façon des tractions rhythmées de la langue, pour rappeler à la vie le submergé, le noyé ; soit indirectement, par des appels à distance, signaux, bouées, télégraphie ordinaire ou mieux, télégraphie sans fils ; soit, et alors, rôle néfaste, en provoquant elle-même des accidents nécessitant le sauvetage du foudroyé par le fluide atmosphérique ou par l'industrie électrique.

Ce triple rôle est intéressant à connaître.

Le *rappel à la vie* pur et simple, est connu depuis Duchenne, de Boulogne, il ne nécessite qu'un petit appareil d'induction et des tampons mouillés qu'on promènera sur les régions respiratoires, en ne négligeant pas au besoin les autres moyens.

Les *accidents électriques* doivent être combattus, quand la victime est séparée de leur cause, par ces moyens divers, faradisation ou autres, de rappel à la vie. On isolera la victime du câble, souvent cause industrielle de l'accident, non en la prenant avec la main, comme le font instinctivement et communément les passants, les ingénieurs mêmes qui sont ainsi frappés eux-mêmes, mais avec des isolants : on coupe le câble avec des ciseaux spéciaux, on le recule avec du bois.

Mais il importe de ne jamais abandonner les victimes, les plus mortes en apparence, sont parfois revenues à elles, grâce à des soins prolongés et appropriés.

Le *sauvetage collectif* se peut faire par la télégraphie sans fils ; une bobine d'induction plus forte que pour le rappel à la vie, sur le bateau ; le radio-conducteur d'Edouard Branly et des accessoires sur la côte ; et ainsi fut déjà sauvé un petit navire dans la Manche, en Avril 1899. Ce moyen d'appel au loin, pourrait aussi empêcher les abordages, le heurt des navires dans l'obscurité...

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

INJECTIONS HYPODERMIQUES

II

Cocaïne (chlorhydrate de).

Formule :

Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 10
Eau stérilisée..... 10 grammes
(stérilisation à température maxima de 90°).

Il convient en général de ne pas employer de solutions plus concentrées.

Doses. — Enfants :

5 à 10 ans..... 0 gr. 01 à 0 gr. 02

Adultes :

5 à 10 ans..... 0 gr. 01 à 0 gr. 15 (Reclus)

Indication. — Anesthésie locale pour toutes interventions sur la peau et les muqueuses ; anesthésie par injection sous-arachnoïdienne, pour les parties sous ombilicale du corps, permettant toutes interventions.

Créosote (soluble dans l'huile).

Formule :

Créosote..... 10 grammes
Huile d'olives stérilisé. 140 —

Dose. — Enfants :

5 à 10 ans.. 0 gr. 20 à 1 gramme
10 à 15 ans.. 0 gr. 50 à 5 grammes

Adultes :

1 an : 5 grammes ou même 16 grammes. (Burlureaux)

Indication. — Tuberculose pulmonaire ouverte ; les hautes doses préconisées par Burlureaux sont plus nuisibles qu'utiles.

Digitaline. — Inusitée en raison de l'insolubilité dans l'eau qui exige l'emploi du chloroforme ou de l'alcool comme véhicule.

Duboisine (chlorhydrate ou sulfate de), très toxique.

Dose. — Enfants : inusité.

Adultes. — 1/10e de milligr. à 1/4 de milligramme par injection ; 1/2 milligr. par jour.

Indication. — A été préconisée dans le goître exophtalmique.

Eau distillée.

Dose. — Un à plusieurs centimètres cubes, a été préconisée contre les vomissements des tuberculeux ; les névralgies costales des tuberculeux, les névralgies diverses, chez les morphinomanes (moyen précaire de supprimer l'injection de morphine). Les injections d'eau distillée sont très douloureuses.

Ergotine, soluble dans l'eau et la glycérine.

Formule.

Ergotine Bonjean.... 2 grammes
Eau distillée..... } àà 10 —
Glycérine pure... . }

ou

Ergotine..... 1 —
Eau distillée..... 10 —

(Injecter 1 à 4 cent. cubes de ces solutions).

Ergotine Yvon.

(Chaque gramme représente son poids d'ergot).

(Injecter 1 1/2 à 2 cent. cubes).

Indication. — Hémorragies et notamment hémorragies puerpérales, après évacuation complète de l'utérus ; ménorrhagies abondantes. Fibro-myomes utérins ; sueurs des phtisiques : myocardites aigues des maladies infectieuses avec embryocardie).

Ergotinine — Insoluble dans l'eau, soluble dans l'eau acidulée et dans l'alcool.

Formule :

Ergotinine..... 0 gr. 20
Acide lactique..... 0 gr. 10
Alcool..... 2 cc.
Eau de laurier-cerise..... 20 cc.
Eau distillée..... qs. pour 100 cc.

Injecter 1/4 de cent. cube. (Tanret)

Ergotinine..... 0 gr. 01
Acide lactique..... 0 gr. 02
Eau de laurier-cerise... 10 grammes (Huchard)

Injecter 1/4 de cent. cube.

Dose. — Adultes : 1/4 de milligr. par injection.

Un milligramme par jour.

Indication. — Les mêmes que celles de l'ergotine.

Ether sulfurique. — S'emploie pur ou associé au camphre.

Dose. — Adultes : 1 à 8 ou 10 cent. cubes.

Indication. — Médicament du collapsus cardiaque ; spécialement indiqué dans les pneumonies, les fièvres graves, notamment la variole : la fièvre typhoïde avec symptômes de myocardite ; les cardiopathies à la période d'asyslolie, les empoisonnements, etc.

Sont très douloureuses ; peuvent déterminer des eschares quand elles sont faites superficiellement ; des névrites.

Eucalyptol (soluble dans l'huile).

Formule :

Eucalyptol.....	15 grammes
Huile d'olives stérilisée.	100 —

(Injecter 5 à 10 cc.).

Dose. — Enfants :

5 à 10 ans... 0 gr. 50 à 1 gramme

Adultes :

5 à 10 ans... 0 gr. 50 à 1 gramme

Indications. — Bronchites fétides ; gangrène pulmonaire ; tuberculose pulmonaire.

Fer. — On utilise très rarement les injections de sels de fer et uniquement celles de cacodylate de fer (voir le numéro précédent), de glycérophosphate de fer ; plus rarement encore celles de citrate de fer ammoniacal, de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal.

Formule :

Citrate de fer ammoniacal.....	0 gr. 50
Eau distillée..... ..	10 grammes

(Injecter un centigr. de cette solution, soit 0 gr. 05 de sel).

Glycéro-phosphate de fer	0 gr. 05
Glycéro-phosphate de soude.....	0 gr. 05
Eau stérilisée.....	2 —

pour une ampoule dont on injectera le contenu, (Jacquemain).

Le glycéro-phosphate de fer, insoluble dans l'eau, ne se dissout que dans une solution de glycéro-phosphate de soude contenant poids égal de sel. Le sel double qui se forme est instable ; aussi la solution doit-elle être récemment préparée.

Indication. — Celles de l'emploi du fer en général.

Gaiacol (cristallisé ou synthétique). — Soluble dans l'huile. Souvent associé à l'eucalyptol, à l'iodoforme.

Formule :

Gaiacol synthétique....	5 grammes
Eucalyptol.....	14 —
Iodoforme.....	1 —
Huile d'olive stérilisée.	qs. p' 100 cc.

Injecter 5 à 10 ou 20 cc. (Pignol).

Gaïacol synthétique....	8 grammes
Huile d'olives stérilisée.	100 cc.

Injecter 5 à 10 cc

Dose. — Enfants :

1 à 5 ans..... 0 gr. 25

5 à 10 ans..... 0 gr. 05 à 0 gr. 25

Adultes :

5 à 10 ans..... 0 gr. 25 à 1 gr. 50

Indication. — Les mêmes que celles de la créosote.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de thérapeutique. — M. le Pr Landouzy a commencé son cours de thérapeutique le lundi 12 novembre 1900 à 3 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : 1° Principes et pratique des traitements appropriés aux malades aigus : pneumoniques, typhoïdiques, grippés, tuberculeux, pleurétiques. Médication dépurative et diplétive (saignées) ;

2° Principes et pratique des traitements appliqués aux malades souffrant de troubles de la nutrition, héréditaires ou acquis : médication hydro-minérale (suite) ;

3° Principes et pratique des médications dont

l'air, les climats, l'eau (hydrothérapie, thalassothérapie) la lumière (héliothérapie, radiothérapie) la chaleur, le froid, le mouvement (massage, mécanothérapie, sismothérapie) l'électricité sont les agents. Physiothérapie.

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Prof. Guyon a repris ses leçons le mercredi 14 novembre 1900 à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

L'enseignement de l'art dentaire dans les différents pays. — Les écoles dentaires fondées par les associations professionnelles sont celles qui présentent le plus de garantie au point de vue du progrès de l'enseignement.

Les membres du corps enseignant doivent être nommés au concours.

Il y a lieu d'ajouter aux conditions d'admission de tous les pays un stage de trois ans d'apprentissage de mécanique dentaire, comme en Angleterre.

La durée totale des études devrait être portée à cinq ans. 1re et 2e année d'apprentissage de prothèse physique et chimie ; 3e année apprentissage de prothèse et cours généraux de médecine ; 4e et 5e année enseignement technique théorique et pratique.

L'enseignement dans toutes ses parties doit être donné intégralement dans les écoles dentaires.

Les travaux pratiques de dentisterie opératoire doivent se faire d'après un programme gradué, après six mois au moins d'exercice sur l'appareil fantôme.

Les professionnels doivent composer uniquement les jurys d'Etat ou tout au moins y être en majorité.

Pour apprécier les connaissances techniques des candidats, les examinateurs doivent avoir communication de toutes les notes de travaux pratiques des candidats durant leur scolarité.

La fièvre typhoïde et la variole à Paris. — L'avant-dernier Bulletin de statistique municipale donnait pour la semaine qui s'est écoulée du 14 au 20 octobre :

— pour la fièvre typhoïde : 84 cas et 7 décès.

— pour la variole : 57 cas et 11 décès. — Il y avait le 20 octobre à l'hôpital d'Aubervillers, 11 malades en traitement.

Le dernier bulletin donne pour la semaine qui s'est écoulée du 21 au 27 octobre :

— pour la fièvre typhoïde : 71 cas et 7 décès.

— pour la variole : 60 cas et 9 décès. — Il y avait le 27 octobre, à l'hôpital d'Aubervilliers, 145 malades en traitement.

Le sanatorium au point de vue professionnel, par le Dr Vesbaeren (XIIIe *Congrès internat. de Méd.*, Paris 1900). — Comme établissement de cure d'isolement et d'éducation thérapeutique, le sanatorium, — dans l'état actuel de la science, — est considéré comme indispensable aux tuberculeux. Mais un sanatorium ne peut être réellement efficace et offrir toutes les garanties désirables aussi bien au malade qu'à son médecin traitant, que s'il est exclusivement médical, c'est-à-dire si sa direction médicale et administrative est dévolue à un médecin. Celui-ci doit être maître chez lui et maître absolu, suivant l'heureuse expression de MM. Brouardel et Grancher. Il pourra avoir des subalternes non médecins, des employés, mais devra toujours avoir la haute main sur eux. Qu'on s'inspire de la loi sur la pharmacie, qui exige que le pharmacien soit seul propriétaire de son officine. Ces prohibitions sont la sauvegarde de la Société, dans l'exercice d'une profession qui, sans elles, pourrait présenter de graves dangers pour la santé publique. Le sanatorium ne peut-il être comparé à la pharmacie sous ce rapport, et l'un comme l'autre ne peuvent-ils produire des effets désastreux similaires, s'ils deviennent mercantiles ?

On peut définir le sanatorium : un établissement exclusivement médical, destiné aux tuberculeux ou aux tuberculisables, dans lequel sont rigoureusement appliqués, par le médecin-directeur lui-même, tous les principes appropriés, d'hygiène, de thérapeutique et de prophylaxie.

Vis à vis du médecin traitant qui lui confie un malade, le médecin du sanatorium se considère comme un spécialiste ordinaire, et, la cure terminée, lui renverra ce malade avec son avis adressé directement.

Enfin, un médecin peut accepter de donner des soins à des malades placés dans u ne maisn de santé non médicale, à condition de bien spécifier son rôle et de ne pas laisser faire de son nom et de son titre un usage abusif de nature à tromper médecins et public. Il ne devra pas, par exemple, se laisser qualifier de médecin-directeur quand il ne l'est pas, de médecin résidant, quand il habite à 2 ou 3 kilomètres.

Conclusion proposée : Le Congrès, reconnaissant le danger qui résulte pour les malades de l'usurpation du titre de sanatorium, par des établissements non médicalement dirigés, émet le vote suivant :

1° Un sanatorium ne sera digne de ce titre que s'il est exclusivement dirigé par un médecin, tant au point de vue médical, qu'au point de vue administratif;

2° Un médecin donnant ses soins à des malades placés dans des établissements non médicaux, devra bien spécifier son rôle de façon à ne tromper ni malades, ni médecins susceptibles d'envoyer leurs clients dans ces maisons de santé.

Les épidémies de peste en Asie Mineure. — Le Dr Zaxitziano a envoyé au *XIIIe Congrès International de Paris*, un travail sur la peste dont il a vu deux épidémies, en Mésopotamie, en 1875 et 1876. Il donne le tableau nosologique de la maladie et relate les symptômes qu'il a constatés lui-même sur plus de 7000 cas. La description de la maladie fait voir qne si la forme à bubons était la plus fréquente, il y a eu pas mal de cas présentant des charbons et d'autres des bronchites. Il a vu des cas de réinfection et des rechutes. Dans les considérations sur la manière de se développer de la maladie et de sa propagation il se demande pourquoi les épidémies de peste de la Mésopotamie du Kurdistan, de la Tripolitaine, sont restées limitées dans les provinces où elles ont fait leur apparition et ne se sont propagées comme l'épidémie présente qui, malgré les mesures édictées par la conférence sanitaire de Venise, a déjà apparu dans différents pays de l'Europe et d'Amérique. Après avoir donné une description détaillée de la peste, le Dr Zavitziano parle de la marche de cette épidémie et des mesures prophylactiques. Il explique très clairement que pour se préserver de la peste il faut que les conditions actuelles de l'hygiène publique soient sérieusement réformées. Le système des quarantaines est insuffisant parce que les quarantaines, les lazarets et surtout les cordons sanitaires sont traversés par le premier venu Ce n'est donc qu'à l'aide d'une hygiène bien comprise qu'on pourrait mettre les peuples à l'abri de ces fléaux.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier, dir., 3, rue Bourdaloue, Paris

Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le Musée d'hygiène

Paris ne possède pas de musée d'hygiène alors que les grandes capitales d'Europe ont depuis longtemps comblé cette lacune. M. Bonneville, qui s'est attaché à cette question avec un dévouement méritoire, commença cette campagne dès 1882, au retour du Congrès international de Genève demandant que Paris, qui n'avait pu arriver premier puisque Munich possédait déjà le Musée de M. Max von Pettenkofer, ait au moins l'honneur d'arriver second.

Le temps s'est écoulé. Berlin, Londres, Bruxelles, Lausanne, etc., ont eu successivement leur musée, Paris a vu s'ouvrir toute une série d'expositions d'hygiène, mais le musée n'est jamais venu.

M. Bournéville croit que l'Exposition actuelle, avec les admirables collections qu'elle a réunies doit enfin permettre la réalisation de cet insaisissable projet : il ne doute pas que la générosité des exposants vienne collaborer à l'œuvre de l'Etat. Il rappelle le programme tracé en 1898, par M. de Vaucleroy à propos du Musée de Bruxelles... et il l'envie. Il cite enfin le passage suivant du « Mouvement hygiénique » à propos de notre Exposition.

La visite du *Palais de la Ville de Paris* offre un vif intérêt pour l'hygiéniste. On y rencontre disposées avec le plus grand ordre et de manière parfaite, les installations des divers services d'hygiène, d'assainiseement et d'assistance de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de police, le laboratoire municipal, les services des eaux et des égoûts, de désinfection, de vaccination, des analyses de denrées alimentaires, d'inspection vétérinaire, de l'assistance publique, des ambulances, de l'anthropométrie, etc. Ce palais est un des plus intéressants : il constitue un véritable musée d'étude, dont le maintien contribuerait largement à l'éducation populaire pour tout ce qui concerne la vulgarisation de l'hygiène. »

Puis Bourneville ajoute :

« Toutes les citations qui précèdent, tous les faits que nous avons cités, montrent avec une évidence frappante, la nécessité de la création, à Paris, d'un grand Musée d'hygiène. Les circonstances sont des plus favorables. Nul doute que de nombreux exposants ne consentent à faire des dons généreux à la Ville de Paris. Ces dons viendraient s'ajouter à l'exposition de ses propres services. Une semblable occasion ne se présentera pas sans doute de longtemps. Il serait absurde de n'en pas profiter. A défaut du Conseil municipal, créant un musée municipal d'hygiène, nous faisons appel à M. Waldeck-Rousseau, ministre de l'intérieur, ayant dans ses attributions les services d'hygiène et d'assistance, pour prendre l'initiative d'un *Musée national d'hygiène et d'assistance publiques.* »

Nous nous associons bien volontiers au vœu si raisonnable, si conforme à l'utilité publique de M. Bourneville.

La fièvre typhoïde au Conseil d'hygiène publique (26 octobre).

Sur la proposition de M. le docteur Le Roy des Barres, au sujet de la *fièvre typhoïde dans les arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux en 1899*. Le Conseil a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes :

« Les cas plus nombreux et la mortalité plus élevée de la fièvre typhoïde, pendant l'année 1899, « dans un grand nombre des communes de la banlieue, et plus particulièrement dans l'arrondisse- « ment de Saint-Denis, doivent porter à admettre qu'une cause commune a exercé son influence « sur cette recrudescence.

« Si l'eau, ainsi que nous le pensons, a joué un rôle prépondérant, la mesure la plus impérieuse « en dehors des améliorations locales d'hygiène et de salubrité faciles à réaliser que nous indi- « quions en détail dans notre rapport de l'année dernière, est avant tout d'assurer une purification « plus complète encore de l'eau de rivière distribuée dans la banlieue.

« Quant au régime des eaux de la presqu'île de Gennevilliers, dont sept communes sont « alimentées en eau puisée directement en Seine et livrée à la consommation sans aucune épura- « tion, il est urgent de le modifier sans aucun retard, ces sept communes ayant payé, en 1899, un « tribut beaucoup plus lourd à la fièvre typhoïde que l'année précédente, puisque, de 1,81 par « 10.000 habitants la mortalité s'y est élevée à 6,55.

Le Conseil a abordé ensuite la discussion du second rapport lu, au cours de la dernière séance, par M. Le Roy des Barres et relatif *à la fièvre typhoïde à Paris, pendant les mois de juillet, août et septembre 1900.*

Ce travail se termine ainsi qu'il suit :

« 1° Rendre efficace, d'une façon expresse et permanente, le contrôle du Conseil d'hygiène « publique et de salubrité sur le captage, l'amenée et la distribution des eaux d'alimentation dans « le département de la Seine ;

« 2° Etablir une zone suffisante de protection autour du lieu de captage des eaux de source :

« 3° Surveiller assidûment les eaux de sources de Paris à leur origine, afin d'éliminer aus- « sitôt celles d'entre elles reconnues suspectes;

« 4° Protéger ces eaux, sur la longueur de leur parcours, pour les mettre à l'abri de toute « contamination;

« 5° Purifier éventuellement ces eaux, soit par filtrage, soit par d'autres procédés de purifica- « tion, et, dans ce but, reprendre des essais en grand de stérilisation ;

« 6° Réaliser, dans le plus bref délai possible, la séparation, à Paris, des eaux d'alimenta- « tion. »

Ces conclusions sont également acceptées à l'unanimité.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Récentes Publications

LES MOUVEMENTS METHODIQUES ET LA " MÉCANOTHÉRAPIE "
Par le Dr **F. LAGRANGE**, lauréat de l'Académie des Sciences et l'Académie et de Médecine
1 volume in-8°, avec 55 gravures dans le texte..... **10 fr.**

GENÈSE & NATURE DE L'HYSTÉRIE
Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris
2 volumes grand in-8°..... **20 fr.**

L'AUDITION ET SES ORGANES
par le Dr **E. GELLÉ**, 1 volume in-8°, avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **6 fr**

NÉVROSES ET IDÉES FIXES
PAR
le Dr **F. RAYMOND**
Professeur de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière
le Dr **Pierre JANET**
Directeur du Laboratoire de psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
Chargé du Cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne

I. *Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le docteur **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 68 fig. dans le texte..... **12 fr.**
II. *Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par les docteurs **F. RAYMOND** et **Pierre JANET**. 1 vol. grand in-8°, avec 97 fig. dans le texte..... **14 fr.**
Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie
par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**
Volume grand in-8°, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise..... **25 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

L'EXCRÉTION URINAIRE CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Par M. Maurice de Fleury.

A propos d'un rapport sur l'état mental neurasthénique, mon maître, M. Albert Robin, a bien voulu me donner la réplique, et apporter à ce débat des arguments d'une haute importance.

Elargissant la question plus que je ne l'avais fait moi-même, il a discuté la genèse des différents états neurasthéniques. Du point de vue où je m'étais placé, je ne pouvais guère parler que le langage du neurologiste et du psychologue; M. Albert Robin nous a parlé urologie et chimie biologique: c'est un autre aspect, et non le moins intéressant, de ce vaste sujet.

Depuis dix ans que je m'efforce de surprendre la nature intime de ce syndrôme de Beard qui me paraît appelé à constituer un des chapitres cardinaux de la pathologie générale, j'ai toujours pensé que l'analyse des urines devait me procurer des indications importantes. J'en ai fait faire un très grand nombre, aussi détaillées, aussi précises que possible, et je n'ai cessé d'en interroger les données pour leur demander de me fournir quelque trait caractéristique, quelque signe vraiment topique de l'épuisement du système nerveux.

Ce sont ces observations personnelles que je vous apporte aujourd'hui. Non point que je les considère comme tout à fait neuves et décisives. Je les tiens pour une contribution toute modeste et partielle à l'étude de la question, et j'estime que leur principal mérite sera d'attirer ici d'autres documents plus nombreux et plus importants, recueillis par les spécialistes éminents qui sont en nombre à la Société de Thérapeutique.

Rappelons tout d'abord ce que M. Albert Robin disait ici même à la séance du 1er août : « Beaucoup de neurasthéniques sont des phosphaturiques, et guérissent de leur neurasthénie quand on a remédié à l'élimination exagérée des phosphates; un certain nombre d'autres ont de l'albuminurie fonctionnelle; ici encore une thérapeutique active suppose avant tout un diagnostic exact et détaillé. Dans d'autres cas, j'ai constaté que la neurasthénie peut dépendre uniquement d'une phosphorurie que seule pourra déceler une analyse complète des formes diverses sous lesquelles le phosphore s'élimine par les urines. Voici ce que l'on constate dans ces cas : en m'attaquant à ce trouble de la nutrition, j'ai vu chez plusieurs malades disparaître rapidement des symptômes neurasthéniques très marqués, contre lesquels les médications les plus rationnelles en apparence étaient restées impuissantes.

« Enfin, chez un petit nombre des neurasthéniques que j'ai examinés, je n'ai trouvé

aucun trouble morbide qui me permît d'amorcer ma thérapeutique : je les ai considérés comme atteints de neurasthénie primitive, sans me dissimuler que cette opinion pouvait tenir simplement à un examen insuffisant. C'est chez ces malades qu'on doit mettre en œuvre toutes les ressources de la médication psychique et de l'hygiène (vie en plein air, distractions, voyages, isolement, etc.).

« En réalité, voici ce qui se passe si on examine attentivement ces malades. Sur 100 neurasthéniques, 25 0/0 relèvent du traitement gastrique. Chez presque tous les autres, on rencontre des troubles de la nutrition et des échanges anormaux. 15 0/0 sont atteints de phosphaturie ; 10 0/0 sont atteints de phosphaturie albuminurique.

« Chez 10 0/0 des cas, le phosphore est incomplètement oxydé et il y a phosphorurie.

« Un certain nombre présente de la déminéralisation organique avec un coefficient de déminéralisation qui monte de 30 0/0, coefficient normal, jusqu'à 50 et 60 0/0.

« Si nous additionnons tous ces cas dont nous venons de parler, nous arrivons à un taux de 65 0/0 de neurasthéniques qui peuvent bénéficier d'un traitement approprié en un mot qui sont justiciables d'un traitement étiologique et pathogénique. »

Peut-être n'est-il pas impossible de concilier cette doctrine et le traitement rationnel qui en découle avec la théorie pathogénique et le traitement que j'ai cru devoir adopter. Mais c'est là un point sur lequel il vaudra mieux revenir tout à l'heure. Je tiens, auparavant, à rappeler les publications faites, à différentes dates, sur le même sujet, par M. Vigouroux et M. Gautrelet, qui nous ont donné de la neurasthénie et de l'arthritisme une conception très généralement adoptée.

J'ai prié M. Gautrelet de vouloir bien préciser sa doctrine en quelques lignes résumant et qui en fait l'essentiel, et je cite textuellement la note qu'il me communique.

Note sur l'Urologie de la Neurasthénie. — Lorsque au moyen de la méthode de Drouin (Hémoacidimétrie, hémoalcalinimétrie) on étudie dans le sérum du sang des neurasthéniques le rapport global existant entre les acides et les bases, on est frappé de ce fait qu'il y a toujours disproportion entre ces deux groupes chimiques, et disproportion dans le sens de l'élévation du premier relativement au second.

Les Neurasthéniques sont donc biologiquement parlant, des malades présentant tous une diminution de la basicité humorale, ou plus exactement une surélévation de l'acidité plasmatique (1).

Et ainsi semblent s'expliquer — en admettant une irritation permanente chimique des filets nerveux par un plasma hyperacide — les réflexes exagérés que présentent les dits neurasthéniques, réflexes exagérés qui caractérisent précisément la maladie connue sous le nom de neurasthénie.

Or, l'urine n'étant en somme autre chose qu'un liquide excrémentitiel, représentant à la fois les déchets de l'assimilation et les produits de la désassimilation organiques : liquide formé des éléments cristalloïdes (inutiles ou toxiques) du sang, séparés dans les reins par voie de dialyse glomérulaire pour être rejetés au dehors par l'urèthre après un court séjour dans la vessie, l'étude analytique des urines des mêmes neurasthéniques conduit naturellement à des résultats chimiques parallèles à ceux de l'hémo-acidimétrie.

On y constate toujours chez les neurasthéniques une exagération de l'acidité orga-

(1) Caractéristique des « maladies par ralentissement de la nutrition » de Bouchard, de « l'hépatisme » de Glénard, de « l'hypéracidité » de Gautrelet, en un mot de l'ancien « arthritisme » ou de la diathèse congestive de Lénac.

nique se traduisant généralement par la présence d'acides libres de la série grasse : l'acide lactique en particulier.

Mais l'urologie des neurasthéniques fournit cependant des résultats séméiologiques plus complets que leur hémoacidimétrie ;

En effet, à côté de l'augmentation constante de l'acidité on y trouve encore :

1° Constante aussi une augmentation de l'indican et du skatol — les deux glucosides normaux des phénols produits dans toutes les fermentations intestinales.

2° Non constante mais fréquente une exagération du « rapport » urobiline relativement au « rapport » éléments fixes pour les normales individuelles des malades observés.

On s'explique ainsi :

1° Comment à côté de la déviation de la nutrition générale caractérisée par l'hypéracidité humorale — créant avons-nous dit une irritation spéciale du système nerveux — se présentent d'autres troubles nerveux qui ne sont en somme que les manifestations de phénomènes d'auto-intoxication par l'indican et le skatol en excès dans le torrent circulatoire ;

2° Comment une simple alcalinisation de ces malades puisse améliorer leurs manifestations nerveuses sans toutefois arriver à les faire disparaître.

C'est que en effet cet indican et ce skatol en excès étant dus :

1° Soit à des fermentations gastro-intestinales liées à de l'hypochlorhydrie gastrique dépendant de l'hyperacidité générale ;

2° Soit à une asepsie intestinale inférieure à la normale par diminution de la sécrétion biliaire. Il s'en suit que ; l'urologie permettant de doser l'indican et le skatol éliminés, c'est-à-dire l'indican et le skatol en surcharge dans le torrent circulatoire ; l'urologie permettant de doser le chlore éliminé, c'est-à-dire celui non employé dans la sécrétion gastrique, l'urologie conduisant à la connaissance de l'urobiline éliminée, c'est-à-dire au rapport de la fonction hépatique avec la normale ; on peut par son intermédiaire, non seulement au point de vue pathogénique rattacher la neurasthénie à la grande classe des maladies par diminution des échanges organiques, mais encore spécifier le point de départ gastrique ou hépatique des différentes formes de neurasthénie, par conséquent être conduit à une thérapeutique rationnelle de ces deux formes différentes de la neurasthénie.

L'urologie des neurasthéniques fournit enfin par l'étude du « rapport » du volume au « rapport » des éléments fixes un renseignement précieux sur l'état des parois du torrent circulatoire en indiquant nettement s'il y a hypertension ou hypotension artérielles : conditions opposées mais à résultantes équivalentes au point de vue de l'insomnie dont ces malades sont la plupart du temps affligés.

En résumé, au point de vue urologique :

1° Tous les neurasthéniques présentent une hyperacidité marquée et un excès d'indican et de skatol ;

2° Les neurasthéniques gastriques offrent simultanément une exagération notable de l'excrétion chlorurique ;

3° Les neurasthéniques hépatiques offrent en plus une exagération sensible de l'excrétion urobilinique ;

Les neurasthéniques souffrent d'insomnie par hypertension artérielle toutes les fois que le « rapport » volume est supérieur au rapport éléments fixes.

5° Les neurasthéniques souffrent d'insomnie par hypotension artérielle, toutes les fois que le « rapport » volume est inférieur au rapport éléments fixes.

Ci-dessous deux exemples d'urologie de neurasthénique, le premier étant celui d'un neurasthénique gastrique avec hypertension artérielle.

Le second correspondant à celui d'un neurasthénique hépatique avec hypotension artérielle.

Mme R...

Age	40 ans	Cœfficient biologique 64
Taille	1m64	
Carrure	0m38	
Poids	53k500	
Régime	mixte	

Docimasie normale

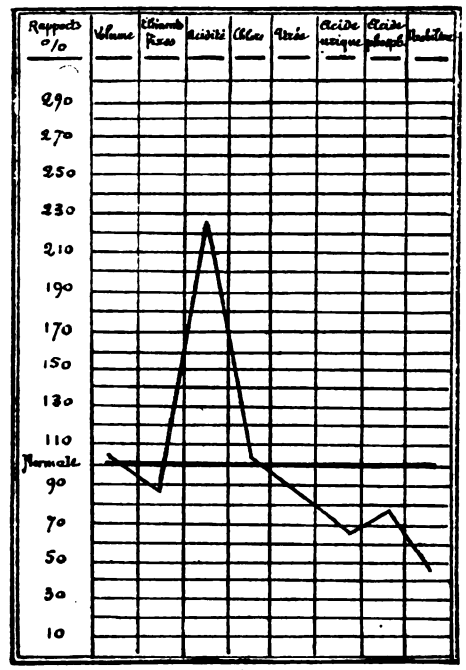
ÉLÉMENTS CONSTATÉS	DOSAGES par LITRE	DOSAGES par 24 HEURES	NORMALES	POUR-CENTAGE
Volume	—	1550 cc.	1536 cc.	101
Éléments fixes	34gr.98	54gr.22	64gr.00	85
Acidité (en Ph O5)	2 76	4 28	1 92	222
Chlore	4 21	6 52	6 40	102
Urée	14 90	23 09	28 80	80
Acide urique	0 28	0 43	0 64	67
Acide phosphorique	1 52	2 36	3 20	74
Urobiline	0 34	0 53	0 64	53
Uroérythrine	0 22	0 34	0 43	79

M. D...

Age	38 ans	Coefficient biologique 78
Taille	1m70	
Carrure,	0m45	
Poids,	84 k	
Régime	Azoté	

Docimasie normale

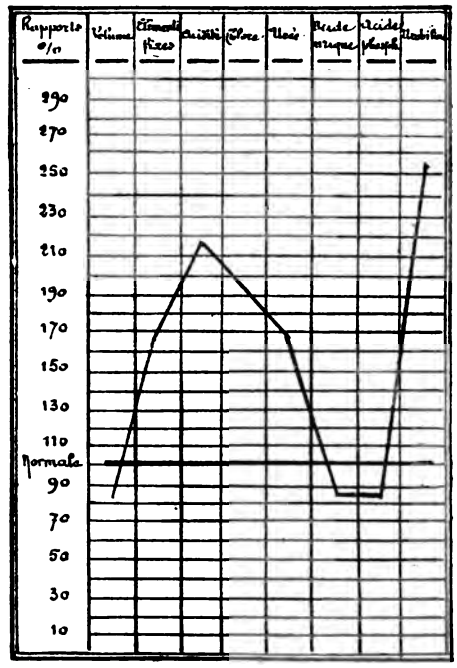
ÉLÉMENTS CONSTATÉS	DOSAGES par LITRE	DOSAGES par 24 HEURES	NORMALES	POUR-CENTAGE
Volume	—	1550 cc.	1872 cc.	83
Éléments fixes	81gr.19	125gr.84	78gr.00	163
Acidité (en Ph O5),	3 21	4 97	2 34	212
Chlore	9 22	14 29	7 80	183
Urée	38 12	59 08	35 10	168
Acide urique	0 42	0 65	0 78	83
Acide phosphorique	2 05	3 17	3 90	81
Urobiline	1 28	1 98	0 78	254
Uroérythrine	0 80	1 24	0 52	238



Indican..... Abondant
Skatol..... 0

Recherches et docimasie anormales

Glucose..... 0
Sérine..... Traces faibles.
Indican..... Traces nettes.
Skatol..... Traces nettes.



Recherches et docimasie anormales

Glucose.....	0
Sérine.....	0
Peptones.....	Traces nettes.
Oxalate de chaux.....	0
Pigments biliaires.....	0
Acides biliaires.....	0
Peptones.....	Traces nettes,
Oxalate de chaux.....	Traces nettes.
Pigments biliaire.....	0
Acides biliaires.....	0

Il est intéressant d'opposer cette conception de l'urologie neurasthénique basée en très grande partie sur l'hypéracidité du sang et de l'urine, à la façon de voir de M. le Dr Cautru qui tient l'alcalinité du sang et de l'urine pour beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit.

Voici à ce sujet la note très claire et très précise, qu'il a bien voulu me communiquer :

« On a pensé jusqu'alors assez généralement que les urines des neurasthéniques, surtout lorsqu'ils sont arthritiques, étaient hypéracides.

« Je pense, au contraire, que si, au lieu de prendre les urines des vingt-quatre heures influencées par les fermentations digestives, on n'examine que l'urine à jeun, celle qui représente le plus exactement la composition du sérum sanguin, et qu'on les examine le plus près possible de l'émission, on les trouvera plus ou moins hypoacides, quelquefois alcalines. J'estime à 1 sur 10 à peine, le nombre des hypéracides, les seuls justiciables de la médicatiou alcaline.

« Cette hypoacidité des neurasthéniques peut être :

1° *D'origine nerveuse.* — J'ai démontré à la Société de Thérapeutique (9 mai 1900) que les émotions pénibles, les chagrins, etc., les idées tristes, le surmenage nerveux quel qu'il soit, faisaient baisser l'acidité urinaire ;

2° *D'origine digestive.* — Un grand nombre de neurasthéniques sont hyperchlorhydriques. Or, l'urine des hyperchlorhydriques est toujours hypoacide par le mécanisme suivant. Les chlorures sont décomposés en acide chlorhydrique et en soude. L'acide étant formé d'une façon exagérée et restant dans l'estomac, l'excès de soude résultant de cette décomposition des chorures de sodium, passe dans le sang et alcalinise ainsi les urines;

3° *D'origine hépatique*, soit par torpeur du foie (foie torpide, atone comme les autres organes), soit par irritation du foie par les fermentations digestives. Dans les deux cas le foie manque à une de ses fonctions, la transformation en urée du carbonate d'ammoniaque provenant de la désassimilation des cellules. Le carbonate d'ammoniaque traversant le foie passe dans le sang et les urines, qui sont ainsi hypoacides.

« L'acidité sanguine est due en partie au phosphate acide de soude. Cette acidité maintient solubles les phosphates de chaux et de magnésie. Le neurasthénique brûlant beaucoup d'acide phosphorique, le sang n'en contient plus assez, les phosphates deviennent neutres et s'éliminent. C'est la phosphaturie des neurasthéniques qui aboutit tôt ou tard à la déphosphatisation et à la cachexie.

L'abuminurie de certains neurasthéniques a probablement pour cause l'inflammation des reins par la présence ou le passage à leur niveau des phosphates insolubles. Tant

que les reins ne sont pas lésés, cette albuminurie guérit par le relèvement de l'acidité sanguine. »

Tels sont les faits observés par notre collègue M. Cautru. Je les donne sans y ajouter de commentaires et sans tenter d'en faire la critique, pour ce motif que je n'ai eu que bien rarement occasion de rechercher l'alcalinité ou l'acidité de l'urine au moment même de l'émission. Dans la plupart de mes observations, l'analyse ne se faisait que beaucoup plus tardivement; en règle générale, l'urine était hyperacide, surtout chez les neurasthéniques hypochlorhydriques que je tiens pour les plus nombreux.

Mais, en vérité, je ne répugne pas du tout à me représenter l'urine des névropathes comme très peu acide après le sommeil, dans le moment où l'estomac est vide, et comme très acide alors qu'elle subit l'influence de la digestion. L'amplitude même de cette réaction me semble s'accorder fort bien avec la façon dont se comportent tous les actes biologiques de ces malades, occupés à passer sans cesse de la torpeur à l'excitation fonctionnelle.

Mais ce sont là des faits qui appellent, je crois, de plus longues recherches. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres de la chimie biologique, il me paraît prudent de surseoir quelque temps encore et de ne pas donner de conclusions trop hâtives.

C'est ce sentiment de réserve, je dirai presque de timidité scientifique que m'a procuré l'étude comparative des analyses d'urines qui s'accumulent dans mes cartons depuis sept ou huit ans.

J'ai dû d'abord en éliminer un grand nombre, les unes, parce qu'elles se rapportaient à des cas de neurasthénie incertains ou compliqués de quelque maladie concomitante, les autres parce que l'analyse était muette sur certains points que je tiens aujourd'hui pour essentiels.

Tout compte fait, il me reste environ une soixantaine de bonnes analyses, faites pour la plupart dans le laboratoire de MM. Hérisson et Masselin dont la compétence technique est hors de doute. M. Hérisson ne s'est pas contenté de faire ces analyses : il m'a aidé à les interpréter et de toutes façons sa collaboration m'a été précieuse. Nos analyses portent principalement sur les points suivants : quantité en vingt-quatre heures; densité; acidité; acide urique; urée; phosphates, chlorures; albumine; pigments biliaires; urobiline; indican; coefficients d'oxydations ou d'utilisation azotée de Robin; coefficients de déminéralisation; recherches de l'azoturie et de la phosphaturie absolues ou relatives.

De la phosphorurie je n'ose véritablement rien dire, tant il a paru difficile à mon collaborateur d'évaluer, en se tenant à l'abri des causes d'erreurs possibles si nombreuses, le rapport du phosphore oxydé au phosphore insuffisamment oxydé. Je sais simplement que M. Albert Robin est maintenant en possession d'une méthode qui lui donne beaucoup de précision dans ces recherches difficiles et je m'incline sans la moindre discussion devant son opinion sur ce point particulier. On sait qu'il évalue à 10 0/0 environ les cas de neurasthénie attribuables à l'excès d'élimination du phosphore.

Pour ce qui est du reste voici quelles moyennes nous avons obtenues :

La quantité d'urines émise en vingt-quatre heures a été normale dans la proportion de 20 0/0, augmentée dans la proportion de 14, et diminuée dans la proportion de 66 0/0.

Densité : augmentée 59 fois, diminuée 11 fois, normale 30 fois.

Acidité : normale 29 fois, diminuée 12 fois, augmentée 59 fois.

Acide urique : en excès 61 fois, normal 14 fois, diminué 25 fois.

L'urée a été augmentée 35 fois, diminuée 57 fois, normale 8 fois.

Phosphates en excès 26 fois, en diminution 43 fois, normaux 31 fois.

On sait que, chez l'homme normal, la proportion des phosphates alcalins, c'est-à-dire des phosphates de soude et de potasse est aux phosphates terreux (phosphates de chaux et de magnésie) comme 3 est à 1. Chez nos malades nous avons souvent observé l'inversion de cette formule. Nous ne l'avons trouvée normale que 19 fois sur 100 alors qu'il y avait 81 fois sur 100 excès des phosphates terreux par rapport aux phosphates alcalins.

73 fois sur 100 nous avons trouvé de l'indican ou du skatol et bien plus rarement, 6 à 7 fois seulement des sulfo-conjugués.

Les chlorures sont augmentés 56 fois sur 100; normaux 18 fois, diminués 26 fois.

12 fois sur 100 il y avait des pigments biliaires et 10 fois de l'urobiline.

J'ai relevé 28 fois des traces, presque toujours non dosables, d'albumine.

Il s'est trouvé que le coefficient des oxydations a été :

Normal 18 fois.

Exagéré 27 fois.

Au-dessous de la moyenne 55 fois.

Coefficient de la déminéralisation :

Normal 19 fois.

Exagéré 21 fois.

Diminué 60 fois.

Quant au rapport « acide phosphorique sur azote total » il m'a donné ; 19 fois de la phosphaturie relative, 49 fois de l'azoturie relative et 32 fois la normale.

Telles sont les moyennes que me fournissent mes observations. Elles sont en désaccord sur plus d'un point avec celles de quelques autres observateurs certainement plus rompus que moi à ce genre de recherches. C'est ainsi par exemple, que la phosphaturie et la déminéralisation excessives, me sont apparues beaucoup plus rarement et beaucoup moins nettement qu'à M. Albert Robin. Peut-être pourra-t-on me reprocher justement cette statistique sur un nombre insuffisant d'analyses d'urines (60 seulement). Je tombe volontiers d'accord qu'on ne saurait assez multiplier les recherches avant d'apporter en pareille matière des conclusions fermes. Evidemment la formule urologique de la neurasthénie est encore à trouver. J'ai déjà dit que cette petite étude ne me semblait devoir y contribuer que pour une part fort modeste; elle n'a guère qu'un mérite, c'est que le diagnostic neurasthénie a toujours été fait avec beaucoup de soins, après plusieurs jours d'observation minutieuse, tous les cas douteux ou complexes étant éliminés.

Si maintenant nous nous attachons à comprendre la signification de chacun des petits symptômes que nous venons d'énumérer, nous aboutissons cependant à un certain nombre de notions qui ne sont pas tout à fait sans enseignement pratique.

Si la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est ordinairement très au-dessous de la moyenne, c'est, vraisemblablement, que la tension dans l'artère rénale et le système vasculaire tout entier est, elle-même, inférieure à ce qu'elle doit être; il est en effet fréquent de constater, au sphygmomanomètre une diminution sensible de la pression sanguine chez les épuisés du système nerveux. La densité de leur urine est un autre effet de la même cause.

L'excès habituel d'acide urique par rapport à l'urée semble nous indiquer, chez les malades qui nous occupent, une insuffisance de la combustion, après cela rien de moins étonnant que de trouver habituellement abaissé le coefficient d'utilisation azotée de Robin.

L'urine des neurasthéniques est généralement trop riche en chlorures. Il y a quelque vraisemblance à dire que cette hyperchlorurie est le fait ordinaire des dyspep-

tiques hypochlorhydriques, que je crois être les plus nombreux; il semble, d'après les observations de M. Cautru (1), que les hyperchlorhydriques aient, au contraire, des urines pauvres en chlorure de sodium.

73 fois sur 100 les névropathes ont dans l'urine de l'indican ou du skatol; chacun sait que cela signifie la pénétration dans le sang des résidus en voie de putréfaction de la digestion intestinale. Il semble, d'après les expériences bien connues de M. Charrin, qu'une telle pénétration ne saurait s'expliquer si l'on n'admet une légère altération de l'épithélium intestinal, le revêtement interne du tube digestif, quand il garde son intégrité, faisant office de filtre parfait pour les toxines et les déchets nuisibles venus à son contact.

Je n'ai vu qu'assez rarement la phosphaturie vraie chez mes neurasthéniques et je ne saurais, jusqu'à plus ample informé, la tenir pour un symptôme habituel. 19 fois sur 100 j'ai relevé de la phosphaturie relative (rapport acide phosphorique sur azote total) 15 fois sur 19 cette phosphaturie n'était que peu marquée; 4 fois seulement elle avait une grosse importance numérique.

En revanche, j'ai rencontré presque constamment (81 fois sur 100) cet excès de phosphates terreux par rapport aux phospbates alcalins qu'Yvon et Berlioz ont je crois bien signalé les premiers, et auquel M. Hérisson attache une importance quasi pathognomonique. Sans aller tout à fait aussi loin, il me faut bien admettre que c'est là l'une des caractéristiques les moins inconstantes de la formule urologique de la neurasthénie.

La présence de traces non dosables d'albumine dans l'urine des épuisés du système nerveux n'est point exceptionnelle. Je l'ai rencontrée pour ma part 28 fois sur 100. Sans doute il ne s'agit souvent que de cette albuminurie transitoire, dite fonctionnelle, dont M. Albert Robin nous a donné une si juste description. Mais il ne faut point oublier que très souvent on voit la dépression du système nerveux et la tendance à la mélancolie n'être rien d'autre que l'un des signes avant-coureurs d'une artério-sclérose, d'une cardio-sclérose, d'une sclérose rénale. On prend souvent pour de simples névropathes des malades atteints du chloro-brightisme de M. Dieulafoy ou l'une de ces intoxications alimentaires si heureusement relevées par M. Huchard. Ce sont là des faits qu'il importe de ne pas oublier sous peine d'instituer un traitement inefficace.

L'urobiline, relevée 10 fois sur 100 dénote à ce qu'il semble l'épuisement fonctionnel de la cellule hépatique.

Parmi les divers coefficients que M. Albert Robin nous a appris à rechercher, c'est à celui qu'il nomme « coefficient d'utilisation azotée » qu'il faut attacher je crois bien, la plus grande importance la normale étant, comme on sait, de 0,850 à 0,900, un très grand nombre de mes neurasthéniques se sont trouvés notablement au-dessous de cette moyenne. Voilà longtemps d'ailleurs qu'on soupçonne le syndrôme de Beard d'être une maladie par ralentissement de la nutrition.

Je ne suis pas sans inquiétude pour ce qui est de la précision de mes chiffres relatifs au coefficient de déminéralisation. Des deux éléments du rapport, éléments minéraux sur éléments dissous, le premier seul se calcule avec beaucoup d'exactitude; mais à vrai dire nous ne savons jamais avec rigueur quelle est la quantité des éléments dissous, une notable partie de l'urée s'évaporant et se décomposant, si discrète et si lente que soit la dessication. C'est pour ce motif que j'hésite à tenir grand compte de ce coefficient de déminéralisation, à moins qu'il ne dépasse de beaucoup le chiffre normal (0,30).

Nous avons vu que l'ozaturie relative n'est pas très rare chez les neurasthéniques

(1) Voir plus haut page 15 l'explication qu'il donne de ce phénomène.

il n'est pas exceptionnel de constater chez eux une élimination d'urée sensiblement supérieure à la moyenne. Je dois dire que ce phénomène, en contradiction apparente avec la conception de la neurasthénie en tant que ralentissement de la nutrition, n'est bien souvent que le résultat de la suralimentation thérapeutique, ou du traitement tonique médicamenteux dont les malades sont naturellement portés à faire abus. Quand on supprime à un névropathe les stimulants dont il use et qui tendent à déformer le caractère de son mal, l'analyse révèle très ordinairement une baisse du taux de l'urée.

Ainsi donc d'après mes observations personnelles, les principales caractéristiques de la formule urologique des épuisés du système nerveux peuvent se résumer aux quelques points suivants :

Diminution de la quantité émise en 24 heures, d'où augmentation de la densité ; (1)

Excès urique par rapport à l'urée ;

Excès de phosphates terreux par rapport aux phosphates alcalins ;

Excès de chlorures ;

Abaissement du coefficient des oxydations.

Pour tout le reste je n'ose pas me prononcer encore. C'en est assez d'ailleurs pour conclure que la neurasthénie s'accompagne de troubles importants de la nutrition. J'accorde même si l'on veut que c'est une véritable maladie de la nutrition. Reste à savoir quel est dans l'organisme humain le régulateur des combustions organiques. C'est maintenant la question qu'il importe de nous poser pour peu que nous ayons la curiosité de connaître la nature intime de la bradytrophie neurasthénique.

Ce régulateur — on n'en peut plus douter à l'heure actuelle, c'est le système nerveux central. — De nombreuses recherches l'ont démontré et le démontrent encore à l'heure actuelle. M. Marinesco, au cours de ses magistrales études sur les cellules ganglionnaires de la substance grise, distingue dans le protoplasma deux régions, l'une, le kinétoplasma présidant à la contraction musculaire, l'autre le trophoplasma gouvernant la nutrition. M. Charrin, dans une expérience présente à toutes les mémoires, a fait voir que, si l'on énerve la patte d'un animal auquel on injecte ensuite des toxines de façon à ce qu'elles envahissent l'organisme entier, c'est seulement dans le membre isolé des centres nerveux que l'infection se localise.

Plus récemment, M. Hénocque (*Congrès International de Médecine* de 1900) a démontré que, dans un membre énervé comme précédemment, l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine au sein des tissus vivants diminue environ de un tiers ; or, la réduction du sang rouge en sang noir c'est le phénomène de nutrition par excellence ; l'expérience de M. Hénocque est donc fort importante au point de vue qui nous occupe.

Au cours de mes observations sur l'urine des neurasthéniques, j'ai relevé un certain nombre de faits qui ne me paraissent pas moins démonstratifs. Celui ci par exemple :

Maurice X..., âgé de 33 ans, neurasthénique déprimé, émet, en février 94, 0 gr. 75 d'acide urique et 21 grammes d'urée en 24 heures. Il se soumet lui-même, sans tenir compte des conseils de son médecin à des injections relativement considérables (10 cc. par

(1) Depuis les recherches de MM. Cautru et Terrial je n'ose plus me prononcer sur la question d'acidité. L'urine des neurasthéniques est presque toujours hyperacide si l'on envisage la totalité de l'émission en 24 heures ; l'urine du sujet à jeun, serait au contraire hypoacide ou alcaline. J'avoue ne pas savoir encore quelle est celle des deux méthodes qui renseigne le mieux sur l'état vrai du milieu intérieur.

jour) de sérum artificiel extrêmement concentré. (1) Sous l'influence de cette médication le malade est pris d'une véritable boulimie et d'une soif intense; en même temps il maigrit de 8 à 1200 grammes par semaine. Inquiet de ce véritable diabète insipide, je fais pratiquer le 16 mars une analyse qui me donna 57 grammes d'urée. C'est alors que le malade m'avoua à quelles stimulations excessives il avait soumis son système nerveux; sa femme venue en même temps que lui à ma consultation, ajouta que son appétit avait pris des proportions effrayantes. J'ordonnai la suppression immédiate des injections salines : elle eut pour conséquence le retour progressif de l'appétit à la normale tandis que le malade cessait de maigrir et que le taux de son urée tombait à 23 ou 24 grammes en 24 heures. Un peu plus tard, les injections hypodermiques furent reprises à une dose beaucoup moindre d'une solution trois fois moins concentrée. Le taux de l'urée s'éleva aux environs de 30 grammes.

Cette accélération de la nutrition, avec azoturie plus ou moins marquée je l'ai constamment retrouvée toutes les fois que je soumettais mes déprimés bradytrophiques à des stimulations un peu vives ou un peu prolongées de l'une ou l'autre de leurs périphéries sensitives. Les frictions sèches, les douches froides, les étincelles de la machine statique, les courants sinusoïdaux, les bains fortement salés, les inhalations de formol, les bains de lumière, le massage, agissent tous dans le même sens sur un sujet faible et irritable.

Les variations de la nutrition sont donc sous l'influence manifeste, immédiate des variations de ce qu'on nomme l'influx nerveux. Tout en étant une maladie de la nutrition, et précisément parce qu'elle est une maladie de la nutrition, la neurasthénie est tout d'abord une maladie du système nerveux central. C'est ainsi que s'accordent en fin de compte, la conception de M. Albert Robin et la mienne.

Mon éminent contradicteur nous disait, en effet, qu'à ses yeux 65 0/0 des neurasthéniques étant atteints de troubles de la nutrition révélés par l'analyse d'urine, sont justiciables d'un traitement étiologique et pathogénique; aux autres, ajoutait-il, le traitement de M. de Fleury pourra rendre service.

Je n'ai point voulu demeurer sous le coup de cette accusation d'instituer un traitement dénué de bases étiologique et pathogénique, et je crois bien m'en être complètement lavé en démontrant que ce n'est point aller à l'extrême fond de la pathogénie du mal neurasthénique, que de lui assigner pour cause une perturbation des échanges nutritifs. Ces échanges, étant, eux-mêmes, tenus en bride par le système nerveux central, c'est bien, comme je le disais dans une communication du 1er août, jusqu'au cerveau qu'il faut remonter pour se faire une juste idée de la nature intime du syndrôme de Beard, en vue d'en tirer une thérapeutique vraiment rationnelle.

Si maintenant nous cherchons à tirer quelques enseignements pratiques de la formule urologique, encore bien incomplète, que nous venons de dégager, nous arrivons aux conclusions que voici :

Il est tout d'abord indiqué de remédier à l'insuffisance de liquide et à l'excès de densité; aussi ne suis-je point partisan du régime sec proprement dit. S'il rend de grand services au point de vue du traitement de la dyspepsie, il ne permet point le lavage du rein et du foie que je tiens pour indispensable. J'ai vu plus d'un malade atteint de

(1) Phosphate de soude	4	grammes
Sulfate de soude	8	—
Chlorure de sodium	2	—
Acide phénique neigeux	1	—
Eau stérilisée	100	—

C'est la première formule de Chéron, bientôt abandonnée pour une solution moi. s concentrée

lithiase rénale ou intestinale pour avoir supprimé trop radicalement les boissons. J'ai pris coutume de faire faire à mes malades deux grands repas sans boire et, par contre, de les abreuver largement aux heures où l'estomac est vide ; à 9 heures, à 10 heures et à 11 heures du matin, à 4 heures, à 5 heures et 6 heures de l'après-midi, ils absorbent soit un verre d'une eau facile à digérer (Evian, Thonon ou Alet), soit un verre de lait coupé d'un tiers d'eau de Vichy ou d'eau de Vals (sources froides). Le lait lorsqu'on arrive à le faire bien tolérer a encore cet avantage de diminuer la quantité des chlorures, de rétablir la proportion normale entre les phosphates alcalins et terreux, de diminuer l'acide urique en excès, de faire disparaître l'indican ou les similaires. Souvent même, je fais à mes malades un véritable lavage de leur sang, en les soumettant, deux ou trois jours par mois, au régime lacté intégral, avec laxatifs pour combattre la constipation lactée. Presque tous en retirent un bénéfice manifeste.

L'analyse de l'urine des neurasthéniques nous apprend encore que leur nutrition est retardante et leur coefficient d'utilisation azotée au dessous de la normale. Il importe donc d'accélérer leurs échanges nutritifs, de faire leurs combustions organiques plus actives et plus complètes ; il faut leur donner plus d'urée, et moins d'acide urique.

Pour remplir cette indication, rien ne m'a réussi plus fidèlement que les injections salines à doses modérées, et les bains statiques de courte durée. J'aurai, d'ailleurs, occasion de revenir sur leurs effets et leur mode d'action.

Reste à savoir si l'urine des neurasthéniques est hyper ou hypoacide et s'il convient de leur donner des alcalins à hautes doses comme le veut M. Gautrelet ou de l'acide chlorhydrique ou de l'acide phosphorique, selon les vues de Cautru et Joulie.

Je ne suis point assez armé pour prendre parti dans ce débat. Il semble que l'urine de nos névropathes, nettement hypoacide au réveil devienne hyperacide sous l'influence de la digestion, l'usage des alcalins au moment du repas ne serait donc pas contre-indiqué ; du reste, j'ai tiré de l'emploi méthodique du bicarbonate de soude des avantages trop évidents pour qu'il me soit possible d'y renoncer sans plus ample information (1).

---

(1) Communication lue devant la *Société de Thérapeutique* dans sa séance du 14 novembre 1900.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 14 novembre 1900

Présidence de M. HUCHARD

M. de Fleury, présente un travail intitulé : *L'excrétion urinaire chez les neurasthéniques* (*Parait dans ce numéro de la Revue*).

M. Albert Robin estime que les divergences qui existent entre M. de Fleury et lui sont plus apparentes que réelles.

Il croit qu'il n'y a pas chez les neurasthéniques de trouble dominant de la nutrition, mais que les neurasthénies s'expliquent dans la majorité des cas par une viciation des processus intimes de la nutrition, survenant chez des individus prédisposés aux manifestations nerveuses ; mais que les troubles nutritifs, loin d'être univoques, sont extrêmement variables d'un malade à l'autre.

Ce qui frappe nettement, c'est qu'il n'y a pas deux neurasthéniques qui réalisent absolument le même syndrôme urologique ; par conséquent, le traitement du trouble nutritif ne saurait être enfermé dans une formule quelconque. Ce trouble devra être déterminé pour chaque malade et traité en conséquence.

Dans bien des cas, les troubles nutritifs sont des intermédiaires entre une dyspepsie chronique et la neurasthénie : ils peuvent aussi exister sans que, à l'origine, il y ait une sollicitation gastrique. Ils pourront enfin consister en l'une de ces formes de troubles nutritifs (albuminurie phosphaturique, phosphorurie) que l'orateur a mentionnés dans une première communication. On voit combien le traitement doit différer suivant les malades.

L'orateur est d'ailleurs tout disposé à admettre que ces troubles de la nutrition élémentaire sont eux-mêmes sous la dépendance d'altérations antérieures, et que, à l'origine de la neurasthénie, l'on doit placer des troubles dans la nutrition du système nerveux central. Mais, en se plaçant uniquement au point de vue de la thérapeutique, on peut faire abstraction de cette notion pathogénique, puisqu'on sait par expérience que le traitement des troubles de la nutritiou suffit à guérir fréquemment la neurasthénie, C'est donc finalement l'étude du syndrôme urologique qui doit inspirer la médication adaptée à chaque malade.

M. Huchard remarque dans les observations de M. de Fleury plus d'un symptôme se rapportant à l'accident caractérisé par lui-même sous le nom de dyspnée toxi-alimentaire. Il se réserve de reprendre, dans une séance ultérieure, la discussion de l'interprétation donnée par M. de Fleury aux faits qu'il signale.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Symptômes et traitement de la peste bubonique, par James CANTLIE (*The Practitioner*, octobre 1900). — *Prophylaxie.* — La prophylaxie de la peste se résume dans le seul mot de propreté. Les soins de propreté domestique et personnelle sont de la plus haute importance. Cela découle du rôle que jouent dans sa propagation la vermine et les insectes. Les personnes exposées à la contagion comme les docteurs, les infirmiers doivent occuper des appartements bien ventilés, ils doivent dormir et manger dans une pièce séparée de celle où séjournent les malades, ils se livreront à un exercice suffisant et auront une alimentation réparatrice. La désinfection des mains, le lavage des planchers, l'imprégnation des objets enlevés de la chambre contaminée avec des substances antiseptiques sont indispensables.

Le liquide d'Haffkin en inoculation, a une valeur préventive indiscutable, il est indiqué chez les personnes qui sont employées aux soins des malades, à la désinfection des chambres, au transport des linges souillés ou des cadavres. Les inoculations de ce sérum sont aussi pratiquées autant que possible chez les personnes ayant vécu en commun avec le malade ou dans son voisinage. Le danger de ce moyen préventif est nul, il réduit les chances d'infection de 50 0/0 et de mortalité de 80 0/0. Son rôle curatif est mal établi.

Traitement thérapeutique. — Puisqu'il n'existe point de traitement spécifique de la peste, il faut traiter les symptômes le plus rapidement possible, lors de leur apparition.

Purgatifs. — Quand la langue est sale, la conjonctive ictérique, l'haleine fétide, la constipation habituelle, il faut donner au malade une dose de calomel suivie d'un purgatif salin. Si le pouls est faible, la prostration très grande, il faut s'abstenir des purgatifs.

Stimulants. — Dans le cas de prostration il faut lutter contre le collapsus par une nourriture suffisante, par l'alcool et les toniques cardiaques. Les aliments doivent être ingérés fréquemment et en petite quantité, le bouillon de bœuf, le consommé, le plasmon, etc., sont mieux supportés que le lait. Si les vomissements sont continuels, il faudra avoir recours à l'alimentation par le rectum.

Le café, le thé sont agréables au malade. Le brandy, le whisky doivent être prescrits systématiquement : si l'état adynamique est grand, les injections hypodermiques d'éther seront répétées.

Enfin il peut être nécessaire de stimuler le cœur, de procurer au malade un peu de sommeil ou de calmer le délire. Parmi les stimulants du cœur, ceux qui sont recommandés sont la strychnine surtout, le musc, le camphre, la caféine, l'aconit. La digitale n'est point très efficace

L'insomnie sera combattue par la morphine associée à l'atropine, les bromures, l'hyoscine dans les cas d'excitation cérébrale intense.

Le délire est justiciable de l'application de compresses froides sur la tête avec lavages chauds du corps, de l'hyoscine et de la morphine. Si la diarrhée est intense, il faut avoir

recours au salol, à la poudre de Dower : contre la fièvre, il faut employer les bains froids, les antithermiques tels que l'antipyrine et la phénacétine. Les vomissements sont calmés par l'application de sinapismes au creux épigastrique, et surtout par une mixture composée de quelques gouttes d'acide cyanhydrique et de morphine en solution.

Les bubons suppurés seront ouverts et drainés : on n'obtient généralement point de bons résultats de l'incision précoce ou de l'ablation d'un ou de plusieurs ganglions. La douleur locale sera calmée par l'application de cataplasmes, de préparations belladonnées, par les ponctions de la glande.

Le sérum de Yersin n'a pas une grande valeur curative, si l'on en juge d'après l'expérimentation faite en Chine et aux Indes. Le sérum Yersin-Calmette, préparé à l'Institut Pasteur de Paris et essayé à la peste d'Oporto semble avoir eu une efficacité très grande.

Hygiène publique. — Les mesures d'hygiène publique jouent un très grand rôle dans la prophylaxie de la peste. Les rats doivent être détruits; leurs cadavres ne doivent point être touchés avec les mains.

Les malades doivent être traités à l'hôpital de « la peste. » Ce sera de préférence un bâtiment temporaire, facile à détruire, situé en dehors de la ville, le plus près possible du quartier contaminé. Les sujets atteints seront transportés dans des voitures spéciales avec un personnel spécial. Les personnes en contact avec un malade, seront isolées dans un endroit spécial et mises en observation. La désinfection des chambres et du mobilier, des vêtements, doit être soigneuse. Les solutions antiseptiques ayant une action destructive sur le bacille pesteux sont le bichlorure de mercure à 1/1000, le chlorure de chaux à 1/100, la chaux caustique à 1/100, l'acide phénique à 5/100. Le liquide de Jeyes est aussi recommandable.

Maintenant que les quarantaines et les cordons sanitaires sont supprimés, il faut les remplacer par l'inspection et la surveillance médicale des suspects et des sujets ayant été en contact avec les malades ; les navires seront désinfectés et nettoyés ainsi que les cargaisons.

P. Sainton.

Paludisme et quinine, par H. Gros (*Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 4 septembre 1900). — De toutes les préparations de quinine, l'auteur préfère le sulfate basique, moins coûteux et aussi sûr que les autres sels. Chez les enfants, on peut employer le bichlorhydrate à petites doses, chez les gens nerveux, chez ceux qui ont une lésion d'otite moyenne, il faut préférer les valérianates et les bromhydrates. Dans les fièvres palustres, la conduite qui donne les meilleurs résultats est l'administration de la quinine à dose d'un gramme le matin de bonne heure, et un gramme le soir très tard. S'il s'agit d'une fièvre palustre simple, la température redevient le plus souvent normale : si la fièvre ne reparaît pas les jours suivants, l'auteur prescrit deux fois par semaine à trois jours d'intervalle un gramme de quinine pendant deux mois. Si elle se montre à nouveau, il faut prescrire une nouvelle période de trois jours à raison de 2 grammes de sulfate de quinine par jour. Quant au mode d'administration du sulfate de quinine, le meilleur et celui qui atténue la saveur du médicament est la solution chlorhydrique avec un excès d'acide chlorhydrique. Depuis vingt ans que l'auteur emploie ce médicament aux colonies, il n'a jamais observé chez ses malades les accidents qu'on lui attribue, action sur le système nerveux, fièvre bilieuse hématurique.

Quant aux succédanés de la quinine, on peut dire que jusqu'ici on n'a trouvé aucun agent thérapeutique méritant véritablement ce nom.

P. Sainton.

Tétanos traumatique; guérison par la méthode de Baccelli, par M. X. Delore (*Gazette des hôpitaux*, n° 100). — Nous avons analysé dans le courant de l'année tous les travaux parus sur les essais de traitement par le sérum antitétanique de Behring et Kitasato. Il y était prouvé que ce sérum est sans action sur le tétanos confirmé, mais qu'il a un rôle préventif certain, à telles enseignes qu'il faut en user dans les cas spéciaux où les blessés paraissent exposés au tétanos par la nature de leur plaie et dans les milieux épidémiques. Nous ne passerons donc pas sous silence les cas de guérison qui semblent dus à d'autres moyens thérapeutiques. Or, l'auteur de cet article cite un cas de la clinique de Poncet (de Lyon), où les injections sous-cutanées, préconisées par Baccelli, avec des solutions phéniquées à 2 0/0 ont amené la guérison. Il s'agissait d'une plaie de la cuisse par arme à feu souillée de terre. La dose employée fut en moyenne de 30 centigrammes d'acide phénique par 24 heures. On fit une injection de 2 centimètres cubes toutes les 4 heures.

On doit reconnaître en effet que l'acide phénique agit sur le bacille de Nicolaïer plus énergiquement que tout autre antiseptique cliniquement maniable.

A. Benoit,

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'eau ordinaire comme traitement efficace et prophilactique du rhumatisme aigu et chronique, par le Dr CASTELLARNAU (*El Criterio Catalico en las sciencias medicas*, août 1900) — Après avoir démontré que l'action et les effets des douches générales ou locales ne dépendent pas de la composition de l'eau employée, car on peut parfaitement remplir toutes les indications dans le rhumatisme avec l'eau ordinaire, l'auteur s'occupe du traitement de cette maladie. D'après lui, une grande partie des rhumatisants guérissent avec l'eau ou au moins s'améliorent grandement.

Les applications de l'eau doivent varier d'après la forme du rhumatisme, forme aiguë, hyperpyrétique ou chronique.

Dans la forme aiguë l'indication dépend de ce triple ordre de phénomènes : *douleur, fièvre, anémie*, on profitera donc des propriétés sédatives antipyrétiques et toniques de l'eau. Il est très partisan du bain chaud, dont la température doit être graduée une fois le malade placé dans la baignoire. En plus de certaines pratiques qu'il conseille, eau froide, frictions savonneuses, lotions avec une éponge trempée dans l'eau froide ou tiède, etc., il faut faire disparaître la soif ; il est donc très bon de donner de l'eau à boire au malade.

Dans le rhumatisme suraigu on doit prescrire les bains froids : dans plusieurs cas leur emploi a donné des résultats magnifiques.

Dans la variété chronique on use avec avantage du bain chaud, de la douche chaude, de la douche écossaise. Ordinairement on commence le traitement par des applications d'eau chaude suivies de celles d'eau froide. A mesure que la maladie diminue on augmente la proportion d'eau froide. Pour assurer la guérison on continuera l'usage des douches générales froides pendant quelque temps.

Quand le rhumatisme chronique est généralisé, on obtient des bons résultats par l'usage des bains suivant la méthode de Lasègue suivis de douches générales mobiles en forme de lame ou arrosoir. Quand il est circonscrit (lumbago, torticolis, sciatique) on emploie la douche alternante localisée aux régions malades : la durée de la douche, la température de l'eau, ainsi que la force avec laquelle elle doit percuter seront subordonnées à la susceptibilité du malade.

Le troisième et dernier chapitre de l'ouvrage du docteur Castellarnau traite de la prophylaxie. Il croit que de tous les moyens indiqués pour la prophylaxie du rhumatisme aucun ne réunit les avantages de la douche générale d'eau froide, appliquée rapidement avec plus ou moins de force de percussion et en forme de lance ou colonne suivant les régions du corps où elle doit agir.

F. BERINI.

L'extrait thyroïdien dans le crétinisme (*Union Médicale du Canada*, septembre 1900). La thyroïdine est indiquée dans les maladies du corps thyroïde et dans les états où il faut exciter la nutrition, arrêt de croissance, onanisme, infantilisme, rachitisme, retard dans la consolidation des cols de fracture. Elle est véritablement spécifique du myxœdème ; comme les enfants sont extrêmement sensibles à l'action du suc thyroïdien, il est prudent chez eux, de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 25 par jour, donnée en trois fois à chacun des principaux repas. Quand les sujets sont très jeunes, une dose initiale de 0 gr. 15 est suffisante au début.

P. SAINTON.

L'organothérapie des adénites chroniques (*Die œrztl. Praxis*, 15 septembre 1900). — FURST rappelle que le siège de prédilection de la tuberculose latente est représenté par les ganglions bronchiques ; il a eu en conséquence l'idée d'étudier l'action d'une préparation organique extraite de ganglions bronchiques sains de moutons sur des enfants présentant des signes plus ou moins nets de tuberculose.

La substance glandulaire, débarrassée de la graisse qu'elle contient, est desséchée à basse température, pulvérisée et additionnée d'un peu de sucre de lait.

Treize enfants, âgés de 9 mois à 7 ans 1/2, dont quatre manifestement tuberculeux, les autres suspects de tuberculose, ont été soumis à l'action de l'opothérapie glandulaire. Au bout de plusieurs mois, les résultats obtenus furent les suivants : deux morts (cas avancés), un insuccès. Dans un autre cas, où existait de l'adénite cervicale chronique résistant à toutes les médications usuelles, les ganglions ont aujourd'hui presque disparu et l'état général s'est beaucoup amélioré.

Même résultat chez deux enfants présentant des troubles digestifs en dehors des lésions trachéo-bronchiques.

Sept enfants scrofuleux ont été débarrassés de toutes les manifestations de la diathèse.

En résumé, il n'y a pas lieu d'espérer grand résultat en présence de tuberculose en train

d'évoluer, avec ganglions caséifiés, mais l'opothérapie glandulaire mérite d'occuper une place importante dans le traitement de toutes les formes torpides d'adénite chronique (scrofulose). Il est probable que cette préparation augmente la force de résistance du tissu glandulaire resté sain.

E. Vogt.

Traitement du morphinisme, par Ch. Douglas (*Mercks Archives*, septembre 1900). — Les traitements employés pour la cure du morphinisme peuvent être divisés en deux catégories : 1° la méthode de suppression brusque, 2° la méthode de suppression graduelle. La première est une méthode barbare et peut mettre en danger la vie du malade : la cellule dans laquelle le sujet est isolé, si l'on en croit la description des promoteurs de ce mode de traitement, ressemble plus à une chambre de torture du moyen âge qu'à une chambre de malade.

La méthode qu'il faut employer est la méthode de la suppression graduelle ; si elle nécessite du temps et de la patience de la part du médecin, elle se fait sans souffrance et sans accident délirant. Voici le modus faciendi adopté par l'auteur, en quelques jours il réduit la dose de morphine ; trois indications doivent être remplies pour aider cette suppression. 1° Le malade doit dormir, tous les médicaments hypnotiques peuvent être préconisés, particulièrement l'apomorphine : 2° il doit manger, on lui administrera des toniques amers particulièrement le quinquina 3° il faut apaiser ses souffrances. Un excellent moyen est de substituer la dionine à la morphine en en donnant une dose plus considérable, la suppression de la dionine est alors moins pénible que ne le serait la suppression de la morphine.

P. Sainton.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Plaies pénétrantes du crâne par coup de feu (*Soc. de Chirurgie*, 7 nov. 1900). — A propos d'une observation de M. Morestin, la Société de Chirurgie s'est de nouveau occupée du traitement chirurgical des plaies pénétrantes du crâne par arme a feu. La plupart de ses membres sont unanimes à reconnaître les imperfections que présentent les épreuves radiographiques au sujet du *siège* rigoureusement exact du projectile. M. Tuffier estime même que l'emploi des appareils radiographiques comporte des dangers aussitôt après le traumatisme et qu'on ne peut en faire usage qu'après un certain temps d'observation des blessés. M. Reynier pense au contraire que l'appareil de M. Contremoulin est utilisable sans délai et qu'on peut, ainsi que nous l'avions exprimé ici même dans une récente analyse, grâce à cet instrument, diagnostiquer sûrement les corps étrangers intra-crâniens placés contre la table interne de la voûte osseuse, ou non loin d'elle. Quoi qu'il en soit, il y a deux courants d'opinion : pour la majorité, toute recherche profonde sans symptôme cérébral ou autre indication précise fournie par l'examen, doit être épargnée aux malades. Ce qu'il faut faire, et ce fut la conclusion de la première discussion de la Société (1894), c'est une incision large des orifices de pénétration, suivie de la désinfection du trajet et de l'enlèvement des esquilles. On évite ainsi l'infection des méninges, si prompte à se manifester.

Pour quelques autres (M. Gérard-Marchant, M. Quénu), considérant que la balle est un objet septique, ou rendu tel par les fragments divers qu'elle entraîne, il faut d'emblée faire la *trépanation* et, bien entendu, s'abstenir de toute recherche cérébrale profonde, si l'on n'a pas la chance de rencontrer le projectile pour ainsi dire sous la main.

On peut trouver excessive cette préoccupation de la septicité des balles, et craindre de tomber dans la théorie du « pavé de l'ours », si l'on considère que beaucoup de balles sont parfaitement tolérées sans accident et qu'une bonne désinfection pratiquée dans une plaie crânienne prudemment élargie au bistouri et à la pince coupante, assure des succès quotidiens en chirurgie pratique. Il est imprudent en effet de se laisser aller à des tentatives dangereuses pour le blessé, lorsque, la trépanation étant effectuée, on s'engage dans la recherche directe du projectile.

A. Benoit.

Greffes osseuses pour perte de substance du crâne, par M. Budinger (*Société des médecins de Vienne*, octobre 1900). — Un enfant atteint de carie des os crâniens, avec pachyméningite tuberculeuse, avait fait des pertes de substances osseuses exigeant une réparation. Jugeant que les *os spongieux* se prêtent mieux aux transplantations que les os compacts, l'auteur se servit pour ses greffes de fragments de calcanéum pris à un pied avant une amputation. Le résultat fut contrôlé par l'autopsie quatre ans après. Les fragments osseux s'étaient complètement soudés.

A. Benoit.

Traitement de la pyorrhée alvéolaire (*Therapeutique Moderne Russe*, nos 4 et 5). — ABELEFF rapporte un cas de pyorrhée alvéolaire où il a obtenu un beau résultat avec le traitement suivant :

Après avoir soigneusement enlevé le tartre dentaire, d'abord par les moyens mécaniques, ensuite par une solution à 10 0/0 d'acide chromique, il a fait des lavages quotidiens avec une solution à 5 0/0 de peroxyde d'oxygène ; ceci fait, on a saupoudré à l'iodoforme et badigeonné au nitrate d'argent de 2 à 3 0/0. En outre le malade s'est rincé la bouche avec des solutions antiseptiques et astringentes. La guérison a été complète ; pas de récidive depuis un mois.

D' ROUBLEFF.

Traitement des adénopathies cervicales chroniques, par M. VERCHÈRE (*Bulletin des Sociétés d'arrondissement*, 5 sept. 1900). — L'auteur repousse l'ablation des ganglions cervicaux en toute circonstance et surtout quand ils sont suppurés et adhérents de toutes parts. Il s'élève contre l'abus qu'on a fait de ce traitement dans les hôpitaux d'enfants. Les ganglions non suppurés ont un rôle utile peut-être au point de vue de la phagocytose. Quant aux *adénites suppurées non ouvertes*, le meilleur traitement qu'on puisse leur opposer, c'est la ponction à l'*éther iodoformé saturé*, traitement autrefois institué par le Pr Verneuil et auquel l'auteur doit beaucoup de succès. Chez les jeunes filles, il convient d'y recourir, à l'exclusion des ablations souvent incomplètes qui ne sont pas exemptes de danger, et laissent après elles des cicatrices très visibles. Les ganglions, après une ponction, ne disparaissent pas complètement, mais restent gros comme une noisette ; ils demeurent à l'état latent et le traitement général suffit presque toujours à les faire disparaître.

A. BENOIT.

La chirurgie de l'estomac, par A. CARLESS, (*The Practitioner*, novembre 1900, n° 389). — La *gastrectomie totale* ne saurait donner de bons résultats, attendu qu'elle est pratiquée le plus souvent pour les cancers de l'organe. Il n'en est pas de même de la *gastrectomie partielle* ; car l'estomac, grâce à l'épaisseur de ses parois et à sa vaste suppléance vasculaire, se prête fort bien à l'opération. La *gastro-enterostomie*, appliquée aux cas de spasme et de dilatation, est une opération très en faveur aujourd'hui, qui est venue enrichir la chirurgie de l'estomac d'une manière très heureuse. Elle est une ressource précieuse dans les cas d'ulcère gastrique ; on peut l'effectuer après avoir excisé l'ulcère, ou bien lorsque celui-ci est placé de telle façon qu'on ne puisse l'atteindre : elle sert à vider rapidement l'estomac et met l'ulcère dans les meilleures conditions pour guérir. Dans les cas d'hémorragie de l'estomac pour ulcère gastrique, après une cautérisation de la base de l'ulcère, dans laquelle on a parfois trouvé encastrés des noyaux de fruits, on fait la gastro-entérostomie, et l'hémorragie s'arrête habituellement.

Lorsqu'il y a *dilatation atonique* de l'estomac, on a proposé de fixer l'estomac à la face inférieure du diaphragme, de façon que l'orifice pylorique devienne son point le plus bas. Mais ceci est souvent impraticable et peut amener des changements de rapports considérables entre les divers organes. Aussi préfère-t-on la gastro-entérostomie, pourvu que l'orifice de communication soit suffisant. Comme technique opératoire, on a réalisé un grand progrès lorsque, abandonnant les méthodes *antérieures*, on a suturé le petit intestin à la paroi *postérieure* de l'estomac, à travers une ouverture du mésocolon transverse. Cette opération n'avait qu'un écueil : la constriction de l'intestin par les bords de cette boutonnière. On y a remédié en les suturant eux-mêmes à la paroi postérieure de l'estomac : l'opération de Roux ou anastomose en Y, est venue dans la suite empêcher le reflux de bile dans l'estomac. Le bouton de Murphy est peu à peu abandonné dans le pays même où il fut créé. Les travaux de MM. Hartmann et Soupault ont montré que l'organe, après l'opération, revient d'autant plus rapidement sur lui-même que sa dilatation avait été rapide. Il demeure dilaté longtemps encore, lorsque la maladie était chronique. L'orifice nouveau qui a été créé demeure clos à l'état de repos ; les gaz ont eux-mêmes plus de tendance à sortir par le cardia ; seules les contractions des muscles de la paroi pendant la réplétion le forcent à s'ouvrir et dès lors le contenu stomacal s'écoule. Il ne faut pas croire cependant que la gastro-entérostomie guérisse tous les cas. Supposons les parois de l'estomac très atrophiées par la dilatation et les glandes stomacales détruites par une gastrite chronique : après l'intervention ces troubles ne seront pas guéris, mais simplement améliorés par l'évacuation rapide de l'estomac. C'est alors qu'intervient l'opération dite *gastroplication* qui, sans diminuer la surface gastrique, réduit notablement la cavité du viscère, par la formation d'un large pli transversal. Quand on joint à cette opération la *gastropexie*, on évite en outre la descente de l'estomac vers le pelvis et on soulage d'autant les ligaments suspenseurs fatigués.

Quant aux *ruptures de l'estomac* par perforation, quoique les premiers succès obtenus par la chirurgie soient récents, la pratique à suivre est connue de tous. Il faut agir le *plus tôt possi-*

ble, éviter de *transporter* les malades, et, par une incision médiane au-dessus de l'ombilic, aller à la recherche de la lésion, que l'on trouvera souvent près du centre du cardia. Une suture péritonéale dos à dos suffit à la fermer, sans faire une excision de l'ulcère. Ou bien, s'il le faut, on créera une fistule gastrique temporaire.

En ce qui concerne le cancer de l'estomac, l'auteur exprime l'espoir que, si le diagnostic arrivait à en être plus précoce, le cancer de l'estomac serait une cause moins fréquente de mort.

A. Benoit.

Traitement opératoire de la hernie inguinale, par B. Moynihan, de Londres (*The Practitioner*, novembre 1900, n° 389). — Nous trouvons dans une leçon publiée par cet auteur deux manœuvres ou procédés qui ne figurent pas dans les monographies parues sur ce sujet jusqu'à ce jour. L'auteur considère la récidive à l'*anneau interne* et la récidive à l'*anneau externe*, après l'opération de la cure radicale de hernie inguinale. Il cherche par quel moyen on pourrait y remédier suivant les causes qui la produisent.

Dans le premier cas, la récidive lui semble due au trop gros volume du cordon spermatique. Aussi propose-t-il de le diviser en deux ou trois portions auxquelles on ménage des trous particuliers entre les points de suture. Une figure jointe à ce texte montre qu'en effet ses orifices ainsi multipliés se réduisent à peu de chose. Nous goûtons davantage la deuxième manœuvre, qui a pour but de renforcer l'anneau externe et a été conseillée autrefois par Wolfler lui-même. Voici en quoi cela consiste : les points de sutures profonds sont passés habituellement à travers le ligament de Poupart d'une part, le tendon conjoint de l'autre et, si on le peut, l'aponévrose du muscle droit. Comme le tendon conjoint est la plupart du temps très peu accusé, on s'explique les récidives en ce point. Aussi vaut-il mieux agir de la manière suivante : on ouvre la *gaine du muscle droit* sur son bord externe par une incision verticale dans la direction de ses fibres. On accroche avec le doigt ses faisceaux musculaires et on les charge sur l'aiguille, au lieu et place, ou pour renforcer, les fibres du tendon conjoint. Les trois ou quatre derniers points profonds sont ainsi passés. La paroi abdominale se trouve ainsi considérablement renforcée.

A. Benoit.

De l'entorse du genou, par M. Marchais (*Revue de Cinésie et d'Electrothérapie*, 20 novembre 1900). — L'entorse du genou est en général très mal soignée. A l'heure actuelle, il n'est pas un chirurgien qui, théoriquement, n'admette le massage et la mobilisation plus ou moins précoce dans le traitement de cette lésion ; combien y en a-t-il qui, en face d'un cas déterminé, n'immobilisent pas :

L'auteur a eu occasion de voir, en très peu de temps, cinq entorses vieilles de trois, quatre, six, sept mois et deux ans. Tous ces malades marchaient difficilement, la jambe raidie, dans la crainte continuelle de reproduire l'accident primitif. A l'examen, le genou était un peu gros, la peau épaissie par la série des révulsifs employés ; la synoviale ne semblait pas anormale et contenait un peu d'épanchement. Aucun signe d'arthrite. Les tendons raidis sans empâtement n'étaient pas douloureux. Quant au triceps, l'atrophie était considérable : c'était la seule lésion paraissant importante.

Aussi, tout en massant l'articulation et les tendons voisins, l'auteur a-t-il fait porter tous ses soins sur le triceps qu'il a attaqué par le massage et la gymnastique. Les résultats qu'il a obtenus l'ont satisfait assez rapidement, puisque, chez le malade dont l'accident remontait à deux ans, la marche était normale après cinq semaines de traitement. Il en déduit les conclusions suivantes.

1° L'entorse du genou, survenant chez un sujet sain, mal soignée, ne détermine, même à très longue échéance, que des lésions d'atrophie musculaire, l'articulation n'a rien.

2° Même après un très long temps, le massage et la gymnastique donnent des résultats rapides.

L'auteur rappelle que lorsqu'il dit qu'il n'y a pas d'arthrite, il ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'épanchement. Il ne considère pas l'hydarthrose comme un signe d'arthrite en ce cas.

L'épanchement a si peu d'importance en regard de l'état du muscle qu'il a vu un individu dont le genou était énorme, faire facilement 30 à 40 kilomètres par jour.

L'auteur estime que la plus grande part dans la guérison doit être faite à la gymnastique musculaire. Après le massage, mobilisation passive et mouvements avec résistance.

Dans la journée, le malade doit faire travailler son muscle. Si l'on obtient cela de lui, la guérison est très rapide.

Certains praticiens tendent à attribuer à la gymnastique une part tous les jours plus grande au détriment du massage proprement dit.

E. Vogt.

Séparation chirurgicale d'un monstre xiphopage (*Académie de médecine*, octobre 1900). — M. Chapot-Prevost (de Rio-Janeiro) a présenté récemment une fille de huit ans, qui vécut jusqu'il y a quatre mois, soudée à sa sœur (Rosa-

lina-Maria). La séparation ayant été acceptée, l'une des enfants, Marie, succomba au bout de cinq jours. L'autre survécut et se porte bien actuellement. L'auteur fait ressortir ce fait, que c'est la première fois que l'un des sujets a pu survivre, étant donné l'union large des deux foies qui existent entre les deux sujets. En outre, les deux cavités péricardiaques communiquaient entre elles par un canal étroit. Comme dans les autres cas de xiphopagie, le reste de l'union était constitué par les parties molles et les os.

A. Benoit.

Méthodes pour éviter le « shock » opératoire; soins aseptiques pour les opérations, par Fenton B. Turck, de Chicago (*Medical Record*, 1900, n° 6, vol. 58). — Il semble, tant la technique chirurgicale s'est développée dans ces dernières années, qu'il soit impossible de réaliser de nouveaux progrès. Nous trouvons à citer cependant dans l'article sus-nommé, des méthodes très recommandables dirigées principalement contre le « choc opératoire » qui favorise essentiellement l'infection. L'auteur rappelle que la peau du chirurgien, ainsi que celle du malade, donnent abri à des espèces microbiennes dont on n'a pas décrit moins de soixante-huit espèces (Wittmann). Au lieu de poursuivre, comme on le fait en France, la stérilisation de la peau, irréalisable sans injure des tissus, on devrait, semble-t-il, accorder un peu plus d'attention à ces efforts isolés qui ont pour but de faire disparaître des négligences opératoires très graves, lesquelles subsistent encore dans la pratique de beaucoup de chirurgiens. M. Fenton a fait des expériences démonstratives sur des chiens, qu'il laparotomisait, sans mettre les viscères abdominaux à l'abri de l'air. Leur touchant ensuite le péritoine avec des cultures virulentes, il a obtenu la mort par péritonite aiguë chez la plupart des sujets en expérience. Par contre, après avoir pris toutes les précautions pour entourer *chaudement* les viscères pendant une gastro-entérostomie chez le chien, des inoculations de virus pratiquées comme dans les cas précédents, n'ont pas empêché la guérison. La raison en est dans l'absence de « schock » chez les sujets de la deuxième catégorie. Or, il est facile de constater que les compresses en usage dans les laparotomies ne sont pas renouvelées aussi souvent qu'il le faudrait, pour éviter l'évaporation, la dessication consécutive des viscères et la perte de calorique qui joue un rôle très important. Le renouvellement des éponges et compresses très chaudes ne comporte aucune graduation scientifique. L'auteur conseille donc l'emploi de coussinets de gaze stérile, contenant des sacs de caoutchouc remplis d'eau chaude à 48° C. Ces sacs sont stérilisables, maniables à volonté, car il suffit pour les ôter par une ouverture étroite, de faire filer l'eau dans leur partie extérieure, préalablement attirée au dehors. La gaze qui les recouvre sert à recueillir le sang qui peut s'écouler pendant l'opération. Ces expériences démontrent que la chaleur ainsi administrée diminue le choc considérablement et par suite la tendance à l'infection. Il n'en est pas de même des applications externes de la chaleur sous diverses formes, en particulier du *surchauffage du milieu opératoire*.

En outre, il faut veiller plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à ce que les viscères soient exposés le moins possible à l'action nocive de l'air, c'est-à-dire à ce qu'ils ne soient pas tirés hors du ventre lorsqu'ils doivent demeurer exclus du champ opératoire. Personnellement, dans la gastro-entérostomie, il étend sur la région opératoire une feuille de caoutchouc stérilisée et trouée en deux endroits distants de cinq à six pouces. Par l'un des orifices, il attire l'estomac, par l'autre, l'anse de l'intestin choisie les fixe par des bandes de caoutchouc au ras de la feuille protectrice. Puis, lorsque la communication est établie, il coupe au ciseau la partie de la feuille intermédiaire aux deux orifices et réduit ainsi les viscères après les avoir facilement désinfectés par les moyens ordinaires. De la sorte, la cavité péritonéale n'a couru aucun risque d'infection.

A. Benoit.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux,
Chef de clinique, adjoint à la Faculté de médecine.

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie, par Gilles de la Tourette (*Semaine Médicale*, n° 41, p. 331, 1900). — D'une façon générale, un traitement bromuré mis en œuvre contre un mal comitial de moyenne intensité doit durer de deux ans à deux ans et demi, sinon trois ans. Il en est de plus courts, il en est de plus longs, mais la durée indiquée est la moyenne.

Le bromure sera administré à doses et heures convenues par le médecin, sans interruption d'un jour; une interruption même très courte peut faire perdre le bénéfice d'une thérapeu-

tique déjà longue. Tout est à recommencer. On n'interrompra donc pas de temps en temps la médication sous prétexte d'éviter l'accumulation du bromure. Le traitement sera continué pendant la grossesse.

Le bromure de potassium paraît de tous être le plus efficace. Charcot, se basant sur des recherches de Brown-Sequard et de Ball, associait les bromures de sodium et d'ammonium, au bromure de potassium dans la proportion d'un tiers par rapport à ce dernier.

Gilles de la Tourette formule ainsi :

Bromure de potassium..	40 grammes
— de sodium....	ãã 12 gr.
— d'ammonium.	
Benzoate de soude....	
Eeau bouillie ou distillée.	1000 cc.

Soit 1 gramme de bromures associés par cuillerée à soupe de la solution.

Si les accès surviennent à des heures indéterminées, on donnera la ration quotidienne de bromure en deux fois : le matin au premier déjeuner et le soir après le dîner, ou de préférence au moment du coucher. Si la dose était très élevée, de 8 à 10 grammes par exemple, on pourrait la diviser en trois prises au lieu de deux, la seconde étant absorbée à la fin du repas de midi.

Si les accès reviennent à heures à peu près fixes, on devra alors, si possible, lorsqu'on a noté cette habitude, donner d'un seul coup les deux tiers de la dose dans les deux heures environ qui précèdent l'apparition présumée de l'accès. Par exemple, chez les malades dont les accès sont presque toujours nocturnes, on donnera, si la dose quotidienne est de 6 grammes, 2 grammes le matin et 4 grammes au coucher. Si les accès reviennent le soir, on fera prendre la plus grande quantité au goûter de quatre heures.

L'adjonction de benzoate de soude (0 gr. 10 par gramme de bromure absorbé) a pour but de neutraliser les fermentations intestinales et de favoriser la diurèse. La solution de bromure sera diluée soit dans un demi-verre d'eau sucrée, soit dans une tasse de tilleul ou d'un liquide acidule, agréable au goût. Le lait est encore le meilleur véhicule à employer. Un épileptique adulté en cours de traitement doit absorber par jour un litre ou un litre et demi de lait ; un enfant, un demi-litre en moyenne. La fixation de la dose du bromure se base sur l'âge du sujet, sur sa tolérance particulière pour l'agent médimenteux, sur le nombre et l'intensité des manifestations épileptiques.

Les enfants supportent beaucoup mieux le bromure que les adultes. Vers 8 à 12 ans, on peut fréquemment faire tolérer sans difficulté 3, 4, 5 grammes de bromure, alors que certains adultes supportent difficilement les mêmes doses. Entre 3 et 4 ans on pourra procéder par demi-grammes et donner, par exemple, une dose de 2 grammes, 2 gr. 50 et 3 grammes.

Chez les adolescents de quinze à vingt ans, on pourra, comme chez les adultes, arriver, s'il est nécessaire, à des doses beaucoup plus élevées, à 8, 10 ou 12 grammes par exemple. Chez les personnes un peu âgées, il faut s'assurer s'il n'y a pas intolérance rénale.

Que les accès soit rares ou fréquents, les doses doivent peu varier.

Le bromure doit être donné à doses progressivement croissantes et décroissantes, suivant le précepte de Charcot. Portant sur trois semaines à raison d'une augmentation de 1 gramme par semaine, puis d'une diminution de même quantité, de façon à revenir à la dose première, elle permet de faire tolérer la troisième semaine une quantité de bromure certainement plus forte que si le médicament avait été donné constamment à la même dose.

Chez les femmes la médication doit souvent porter sur quatre semaines, au lieu de trois, les crises ayant une tendance assez fréquente à reparaître plus particulièrement pendant la période des règles. On prolongera la dose de la troisième semaine pendant une quatrième.

Il est un signe qui permet de déterminer si la dose de bromure est suffisante ou non. Au cours du traitement bromuré, lorsque la dose de bromure reste faible par rapport à la tolérance du sujet, les pupilles sont en dilatation moyenne, c'est-à-dire habituelle ; elles réagissent comme à l'ordinaire à la lumière et à l'accommodation. Si l'on porte plus haut la dose, il arrive un moment où l'on voit les pupilles se dilater et les réactions lumineuse et accomodative devenir paresseuses ; à un degré de plus, les pupilles ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accommodation, elles sont en outre, à leur maximum de dilatation.

C'est au moment où s'établit la lenteur des réactions que surviennent les phénomènes généraux de dépression physique et mentale : fatigue, tendance au sommeil, anorexie, langue saburrale et étalée, constipation. Ce qu'il faut obtenir c'est la réaction lente avec dilatation permanente ; on peut être alors à peu près certain que la dose suffisante est atteinte.

Une dose suffisante au début d'un traitement peut devenir insuffisante par la suite, l'organisme s'habituant au médicament ; la dose aura donc besoin d'être augmentée, ce que l'on reconnaîtra toujours grâce à l'observation des pupilles.

C'est généralement au bout d'un an après la disparition des derniers accidents, accès, vertige ou absence que l'on peut commencer à di-

minuer la dose suffisante pour arriver à la suppression progressive du bromure.

Les accidents généraux dus à l'administration prolongée du bromure consistent habituellement en un peu d'affaiblissement général moral et physique, de la tendance au sommeil, de la diminution de l'appétit et de la constipation.

Parfois les accidents deviennent, sinon graves, du moins assez sérieux pour faire interrompre l'administration du bromure ; ces accidents se montrent surtout chez les malades traités, depuis longtemps, chez qui il faut peu de chose pour changer l'imprégnation ancienne en intoxication.

On doit, en pareil cas, suspendre le traitement, purger le malade. le mettre au régime lacté absolu. et lui administrer pendant quelques jours 15 gouttes de teinture de digitale et de teinture de scille. On reviendra ensuite progressivement à la dose suffisante de bromure.

Les accidents locaux empêchent souvent d'atteindre l'état général dé dépression un peu particulière de la troisième semaine qui est l'indice le plus certain, avec le signe de là pupille, de la dose suffisante de bromure.

Pour prévenir les manifestations cutanées, il faut prescrire à tous les épileptiques un ou deux bains tièdes savonneux par semaine (à 32-34°) ; on recommande de plus les lavages quotidiens de la face et du cou à l'eau chaude et au savon, suivis d'une lotion d'eau de Cologne. On veillera d'autre part au bon fonctionnement de l'intestin, en administrant une ou deux fois par semaine un ou deux verres d'eau minérale.

Quelques malades ont une toux fréquente attribuable à une irritation de la muqueuse du larynx et de la trachée, cette toux cède assez facilement aux inhalations chaudes avec des feuilles d'eucalyptus.

L'hygiène générale de l'épileptique consiste à vivre autant que possible au grand air, à faire des promenades à pied et des exercices corporels sans aller jusqu'à la fatigue. Le malade doit éviter avec soin le confinement et surtout le séjour dans un appartement surchauffé.

L'épileptique devra s'abstenir, autant que possible, de dormir durant le jour, les accès revenant plus particulièrement pendant le sommeil.

On cherchera à supprimer toutes les causes qui exagèrent la lésion artérielle, car la pression artérielle est toujours augmentée chez les épileptiques au moment des accès : on évitera donc les bains trop chauds, le séjour près d'une source de chaleur trop vive, les excès de coït. Le régime alimentaire devra être surveillé avec soin : repas peu copieux, abstention de l'alcool et, enfin, on évitera les excès de travail intellectuel.

L'hydrothérapie froide est un excellent moyen de relever l'état général qui se déprime sous l'influence du bromure.

Dans certains cas d'intolérance gastrique, on se trouvera bien d'administrer la dose quotidienne de bromure en lavement (en deux lavements, chacun de 125 à 150 grammes d'eau bouillie).

Ces lavements bromurés peuvent être utiles dans l'état de mal.

Gilles de la Tourette n'abaisse la dose suffisante de bromure qu'un an après la disparition de la dernière manifestation du mal comitial; la diminution doit être progressive, comme l'élévation a été croissante; on diminuera de 1 gramme par chaque période de trois semaines.

En moyenne, la durée d'un traitement sera environ de deux ans et demi à trois ans : dix à quinze mois pour en arriver à la suppression des accidents, un an de période étale et six mois de diminution progressive.

G. Lyon.

Soins à donner aux hémiplégiques, par Chauffard (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 octobre 1900). — A propos d'une hémiplégique, Ch. insiste sur les soins que l'on doit prendre chez ces malades ; la tendance à l'infection est augmentée par l'existence de troubles vasomoteurs et trophiques. Il faut avoir soin de prendre les plus grands soins d'antisepsie des muqueuses buccale et vésicale, ainsi que de la surface cutanée. Aussitôt que le malade est sorti de sa torpeur, il faut le masser, lui mobiliser les membres avec précaution, systématiquement, plusieurs fois par jour. Ces moyens si simples sont trop souvent négligés, ils sont très supérieurs à l'électricité dont la valeur thérapeutique dans ces cas est très discutée.

P. Sainton.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Fistule urétero-abdominale. — Tentative d'urétéro-cysto-néostomie, — Impossibilité de greffer l'uretère. — Nephrectomie. — Guérison, par Paul Lelbet, (*in Ann. Gén. Ur.* 1900 p. 1028). — C'est l'histoire d'une femme de 40 ans qui, consécutivement à une hystérectomie abdominale subtotale pour fibromes et

annexite, présenta une fistule de l'uretère gauche.

L'auteur fit d'abord la laparotomie pour pratiquer l'urétéro-cystonéostomie, laquelle fut rendue impossible par le mauvais état des tuniques de l'uretère, il fit alors la néphrectomie lombaire gauche et guérit sa malade.

E. Chevalier.

Anastomose des uretères dans l'intestin, par M. Peterson (de Chicago), (*Medical News*, 1900, n° 6). — L'implantation directe des uretères dans l'intestin, que l'on pratique dans les cas d'exstrophie de la vessie, de fistules vésico-vaginale, urétéro-vaginale, ou encore de tumeurs de la vessie, est une opération dont la mortalité est encore excessive. Ces insuccès sont dus à l'infection ascendante du rein, aux pyélonéphrites presque inévitables. Le procédé de Mayde est beaucoup plus recommandable et a donné des guérisons à son créateur. Il consiste à implanter dans l'S iliaque le trigone vésical, *avec ses orifices intacts*, c'est-à-dire ne permettant pas le reflux, chaque fois que cette opération est praticable. L'infection est ainsi plus rare et il est prouvé en outre que le rectum tolère fort bien la présence de l'urine et que son sphincter la retient suffisamment bien.

A. Benoit.

Contribution à la physiologie et à la thérapeutique du rein, par H. Ansen (*in Arch. méd. belges*, 1900, p. 236). — Les conclusions de l'auteur sont :

1) L'acide urique est éliminé par les tubes contournés.

2) La caféine irrite directement les cellules des tubes contournés.

3) Elle n'est pas diurétique chez le chien à cause de l'action inhibitrice du nerf vague qui est inhibito-secréteur.

Chevalier.

De l'Uréthoscopie par E. Deroude (*in Rev. Méd. de Normandie* 1900, p. 429). — L'auteur donne une revue succincte de l'urétoscope et conclut que l'examen direct de l'urèthre est un procédé d'exploration précieux qui n'exclut pas les autres procédés mais leur vient en aide.

Chevalier.

Quelques observations sur l'uréthrotomie interne, par le Dr Juan Manuel Espada (*Revista Espanola de Sifilographia y dermatologia*, août 1900). — Dans un article publié dans la *Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, l'auteur insiste sur quelques points pratiques à propos de l'uréthrotomie interne.

Premier fait. *Rétrécissement uréthral trop étroit.* — Quand on est en présence d'un rétrécissement uréthral infranchissable même aux bougies fines, que même la bougie filiforme de l'uréthrotomie ne peut pas franchir l'obstacle et que l'opération devient une indication d'urgence, que faire? Pour certains maîtres dont l'expérience est grande, il n'y a pas de rétrécissement qui résiste à la patience. En vérité, souvent, après quelques heures d'essais sans résultat on réussit. Les bains de siège, l'huile en injections, le chloroforme, les changements de position, etc., ont à leur avantage, quelques succès. Mais parfois ces moyens ne réussissent pas, la bougie filiforme passe, mais non son armature métallique. Faut-il employer la force? L'auteur n'est pas de cet avis, car on s'expose à pénétrer dans la prostate, à blesser la paroi rectale, la vessie ou la cavité du Retzius. Dans ces cas-là il conseille de pratiquer la taille hypogastrique qu'il a déjà pratiquée avec bon résultat.

Deuxième fait. *Rupture de la bougie filiforme, restant dans l'urèthre ou dans la vessie.* — Cet accident peut arriver dans n'importe quel pays chaud, les sondes deviennent friables.

Si le morceau de bougie est resté dans l'urèthre, on le sent à travers les téguments et il peut être expulsé spontanément, ou bien grâce aux divers moyens que nous offre l'arsenal chirurgical. Mais si il est tombé dans la vessie, le cas devient plus sérieux.

Laisser le corps étranger, c'est aller à coup sûr à la production d'un calcul phosphatique énorme avec toutes ses conséquences : il est de toute nécessité de retirer la sonde ou bougie. Dans un cas où cet accident est arrivé à l'auteur, il pratiqua l'uréthrotomie interne, employant la forte lance de l'uréthrotome de Maisonneuve et il put retirer après le morceau de bougie avec le litotriteur. Si cette manœuvre n'avait pas réussi il aurait pratiqué la taille hypogastrique ou péritonéale, ce qui est toujours préférable à laisser dans la vessie un corps étranger.

Troisième fait. *Hémorragie dans l'uréthrotomie interne.* — Ordinairement elle est de peu d'importance et on ne doit pas s'en préoccuper. Mais dans quelques cas l'hémorragie est très abondante : dans ces circonstances, l'auteur a toujours obtenu des bons résultats, en introduisant une grosse sonde et en exerçant au besoin une légère pression au moyen d'une petite bande.

Au bout de deux ou trois jours on retire la sonde et l'hémorragie est arrêtée.

Quatrième fait. *Fièvre après l'uréthrotomie interne.* — L'auteur fait allusion aux cas où on ne laisse pas de sonde en permanence après

l'opération; il a l'habitude de faire ainsi, excepté lorsque l'uréthrorragie impose l'usage de la sonde. La fièvre n'a pas d'importance, à condition qu'on prenne les précautions suivantes : 1° Usage du salol pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération; 2° emploi de la quinine à la dose de 1 à 1 gr. 1/2 le jour de l'opération et les deux ou trois consécutifs; 3° désinfection minutieuse de l'urèthre avec l'eau boriquée avant l'opération et lavage et désinfection de la vessie et de l'urèthre après l'opération. La fièvre ne se présente pas d'ordinaire dans ces conditions, ou elle ne dépasse pas 38°; la quinine associée au salol, nous rend maîtres de cette fièvre.

L'auteur affirme que la fièvre consécutive à l'uréthrotomie interne sans sonde permanente après l'opération est sans valeur et se laisse dominer avec facilité.

F. Berini.

Cure radicale du phimosis (*Semaine médicale*, 24 octobre 1900). — M. Marion nous donne, dans un but d'utilité pratique (car les traités classiques sont insuffisants sur ce point), la description d'un procédé commode qui a été réglé par le Pr Duplay.

Les instruments et objets nécessaires sont : un bistouri, des ciseaux droits, une sonde cannelée, une pince de Koch ou un petit clamp, six pinces à forcipressure, une pince à griffes, une aiguille de Reverdin; du catgut fin, du crin de Florence, de la gaze stérilisée ou iodoformée, du makintosh.

Anesthésie facultative, suivant la sensibilité des sujets. On se servira de cocaïne, sauf s'il y a des adhérences à détruire, auquel cas il vaut mieux l'anesthésie générale. Après lavage, s'il en existe, on détruit les adhérences immédiatement, ce qui est aisé quand elles sont peu solides, en promenant une sonde cannelée entre le prépuce et le gland. On procède ensuite à l'opération proprement dite, qui comprend les actes suivants ;

1° *Raccourcissement du prépuce.*

Tendre le prépuce, sans le *tirer*, pour qu'il ne soit pas trop court et qu'il n'y ait pas dans la suite des tiraillements douloureux pendant l'érection. On saisit alors la partie qui dépasse le gland entre les mors d'une pince clamp légère, en suivant pour la placer une *direction parallèle au sillon balano-préputial* lui-même, c'est-à-dire oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

Il peut arriver que le prépuce soit seulement étroit, sans pécher par excès de longueur, en ce cas, il est inutile de le tendre pour le saisir. Le bistouri sectionne le prépuce au ras et en arrière de la pince, légèrement tirée en avant, pour éviter le gland :

2° *Débridement de la muqueuse.* Après cette section, la peau se rétracte plus loin que la muqueuse, à cause de son élasticité. Pour libérer cette dernière, on l'incise aux ciseaux sur la ligne médiane, face supérieure. On la raccourcit et régularise ensuite, en abattant les angles des deux lambeaux latéraux ainsi obtenus, au moyen de deux coups de ciseaux. S'il y a des adhérences provenant de balano-posthites anciennes, il faudra alors les disséquer avec soin, jusqu'à libération complète. Avant de réunir la muqueuse et la peau, il est fort important de lier ou d'écraser tout ce qui donne comme vaisseaux, afin d'éviter un hématome. On se servira ensuite de l'aiguille à sutures ordinaire et de catgut fin ou de crin de Florence pour faire tout autour un affrontement parfait de la muqueuse à la peau à points séparés.

A ces derniers temps, il faut joindre le plus souvent, dit l'auteur, l'*allongement du frein*. (Cette correction de la brièveté excessive du frein constitue une complication opératoire qui ne nous semble nécessaire que lorsque sa brièveté est très accusée). Voici de quelle façon on la pratique. Le gland étant maintenu renversé en arrière, on sectionne le frein en son milieu, transversalement, et la section sera d'autant plus étendue qu'on voudra obtenir un allongement plus grand. En effet, si l'on tire le gland suivant l'axe de la verge, la fente transversale que l'on vient de créer devient une fente longitudinale qu'il n'y a plus qu'à fixer par la suture. L'artère du frein exige une ligature spéciale, avant de suturer. Comme pansement, une bandelette de gaze antiseptique sur la base du gland, recouverte de makintosh percé d'un trou au méat. Le tout se fixe à la verge au moyen d'un fil. Le malade peut ainsi uriner sans défaire ou salir son pansement.

A. Benoit.

Amputation de la verge par le procédé de Rizzoli, par le Dr Enrique Fortin (*Revista Espanola de Sifiliographia*, mai 1900). — Le procédé de Rizzoli, chirurgien italien du milieu de ce siècle, évite les inconvénients du procédé circulaire. Il consiste à laisser plus de peau sur la région dorsale que sur la face inférieure. Le procédé est simple : un aide tire en avant les téguments de la face inférieure et le chirurgien, avec sa main gauche, tire en arrière ceux de la face dorsale. Avec le bistouri on fait la section de la verge en commençant par la face inférieure et en dirigeant la section obliquement vers en haut et en avant, coupant l'urèthre en bec de flûte. Sans retirer le bistouri, on place ensuite la lame perpendiculairement à l'axe du penis et on termine d'un seul coup la section de l'organe.

Le Dr Fortun recommande beaucoup ce procédé qui permet une cicatrisation rapide.

F. Berini.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'hôpital de la Charité

Métrites cervicales, par MENDES DE LEON (XIIIe *Congrès intern. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — Les lésions pathologiques du col de l'utérus qui sont censées caractériser le syndrôme *métrite cervicale* sont, au point de vue clinique, difficiles à séparer des inflammations chroniques du corps de l'utérus et notamment de celles de la muqueuse.

Ce qu'on est convenu de désigner sous le nom « d'érosion », joue un rôle important dans la symptomatologie de ces altérations. Les opinions divergentes concernant son origine peuvent être divisées en quatre groupes principaux :

1° L'érosion est considérée comme une perte de substance, une desquamation de l'épithélium pavimenteux sur un terrain enflammé, ce qui constitue réellement un premier degré d'ulcération (C. Mayer) ;

2° L'érosion est regardée comme une métaplasie de l'épithélium pavimenteux en épithélium cylindrique coexistant avec une néoformation glandulaire (Ruge et Veit) ;

3° L'érosion est considérée en partie comme un ectropion histologique congénital, et en partie comme une véritable ulcération du col (Fischel) ;

4° L'érosion est égale à l'ectropion (Doléris).

Au point de vue clinique, on peut distinguer deux formes de processus inflammatoire de l'utérus : la forme bactérienne et la forme non bactérienne.

L'importance de cette distinction n'est pas douteuse en théorie. Elle serait de même d'une grande valeur pratique dans les cas concrets, mais vu la presque impossibilité de découvrir l'étiologie des formes chroniques, il est plus rationnel de juger d'après le syndrôme clinique (anamnèse, anatomie pathologique) s'il s'agit d'une endométrite catarrhale proprement dite, ou d'une pseudo-endométrite (hypertrophie, hyperplasie).

La symptomatologie de la *métrite* des auteurs français s'accorde parfaitement avec celle de l'*endométrite* reconnue par l'auteur, ainsi que l'anatomie pathologique en ce qui concerne la muqueuse ; mais comme d'un autre côté il arrive souvent que beaucoup de cas d'endométrite ne sont caractérisés, ni par l'augmentation de volume de l'utérus, ni par l'induration du col, et que le tissu musculaire de l'organe n'a pas subi d'altérations, il en ressort que la dénomination de *métrite* n'est pas toujours applicable.

Il n'y a que dans les affections gonorrhéiques et septiques de l'utérus, qu'on a vu régulièrement pénétrer plus profondément le processus inflammatoire jusque dans la substance musculaire.

Dans l'étiologie des affections non infectieuses de l'endométrium, on reconnaît l'influence préalable d'une hyperémie de longue durée, passive ou active, de l'appareil génital, telle que celle qu'entraînent les fatigues physiques, les rhumes, l'habitude de prendre des bains froids aux époques menstruelles, la constipation chronique, le coïtus reservatus, l'onanisme, de même que la subinvolution post-partum ou post-abortum et enfin, les fibro-myomes et les déplacements de l'utérus.

Quant aux inflammations infectieuses, septiques ou spécifiques de l'utérus, il faut chercher leur origine dans les bactéries de toute espèce, dont la présence dans la partie inférieure du canal génital a été indubitablement démontrée, même chez les femmes bien portantes.

Il y a déjà quelques années, à la suite de recherches qu'il avait entreprises de concert avec le Dr van Tussenbroek, l'auteur a été à même de constater que sur 100 muqueuses examinées, il n'y a eu que 9 catarrhes cervicaux isolés ; d'un autre côté il a trouvé 55 catarrhes du corps, dont 39 circonscrits et 16 combinés avec le catarrhe cervical.

Quand la présence des symptômes indiquant une métrite cervicale a été constatée, il est difficile de démontrer ou d'exclure une affection de la muqueuse du corps. Les érosions sous toutes les formes, un col ouvert, l'engorgement du col cyanotique, indiquent indubitablement une métrite cervicale, tandis que la source des métro et ménorragies se trouve à l'ordinaire dans la muqueuse du corps, à moins que celles-ci ne proviennent de polypes cervicaux ou d'érosions papillaires très étendues, saignant au moindre contact. En l'absence d'érosions, et lorsqu'il existe cependant une sécrétion muqueuse ou purulente plus ou moins abondante, il y a presque certitude que nous avons affaire à un catarrhe du corps. En outre, la prédominance de symptômes indirects ou réflexes, tels que fatigue, dépression psychique, céphalalgie, anorexie, dyspepsie, palpitations, ténesme vésical, incontinence d'urine, etc., etc., démontre surtout des lésions de la muqueuse du corps, dont un des principaux symptômes consiste en douleurs et métrorragies abondantes à la suite de l'introduction de la sonde.

Le traitement de la métrite cervicale a fait, presque toujours en connexion avec les affections du corps, surtout en France, le sujet de bien des discussions. Or, il paraît d'après la littérature que, tandis que quant à la pathogénie et à la symptomatologie les deux lésions sont généralement à considérer séparément, il n'en est pas de même pour le traitement. Il n'a été que rarement question d'*indications*, pour un traitement exclusif du col, bien que la technique de ce traitement ait été vivement discutée. Même dans les cas prononcés de catarrhe cervical avec ectropion important, où la thérapeutique chirurgicale a été regardée comme indispensable, la plupart des auteurs préconisent un curettage préalable. En général l'indication pour ce traitement existe en réalité puisque la muqueuse du corps se trouve presque toujours atteinte en même temps, tandis que dans les cas douteux, où les symptômes cliniques ne sont pas nettement prononcés, on peut toujours appeler à son aide l'examen microscopique pour confirmer le diagnostic.

Toutefois il paraît irrationnel, si malgré un traitement local de longue durée on n'a pas réussi à vaincre une leucorrhée purulente rebelle, accompagnée ou non d'érosions et d'ectropion, de conclure à l'amputation du col, avant de s'être bien et dûment convaincu de l'état de la muqueuse du corps, parce que quand celle-ci est également atteinte, comme c'est l'ordinaire, le curettage est indiqué comme pouvant fournir de bien meilleurs résultats qu'une opération aussi mutilante.

Il ne faut ni considérer, ni traiter la métrite cervicale comme une affection isolée, attendu que dans la grande majorité des cas, elle va de pair avec une affection pareille du corps utérin;

Le terme « métrite cervicale » devrait, dans la plupart des cas, être remplacé par celui d'endométrite cervicale, puisque l'inflammation de la muqueuse ne coexiste que rarement avec une lésion des tissus plus profonds.

Du massage dans les affections utérines, par M. Platon (*Revue de cinésie et d'électrothérapie*, 20 septembre 1900). — L'auteur présente quelques observations sur le traitement des affections utérines par le massage.

Ces observations se rapportent à des affections gynécologiques diverses; l'auteur les classe systématiquement dans quatre catégories, à savoir : 1° Métro-salpingites avec paramétrite; 2° Déviations utérines; 3° Œdèmes abdominaux pelviens; 4° Troubles apparus dans un utérus gravide.

1° *Métro-salpingites avec paramétrite.*

L'auteur a classé dans cette catégorie les affections utérines dans lesquelles l'infection première avait entrainé des troubles circulatoires susceptibles d'un traitement kinésique ainsi que les métrites non bactériennes.

Dans les cas presque toujours consécutifs à une infection gonococcique ou puerpérale, la pratique courante de l'auteur est la suivante.

Les malades prennent matin et soir une injection d'eau bouillie 45° ou 50° : elles se rendent à pied au dispensaire ou au cabinet de l'auteur où elles sont soumises à une séance de massage suivie d'un léger pansement à la glycérine ichtyolée qui doit être retiré le soir, c'est-à-dire quatre ou cinq heures après ce massage, avant l'injection chaude du soir. L'auteur n'a eu qu'à se louer de cette façon de procéder et présente dix observations sur des cas de métro-salpingites d'origine infectieuse gonococcique ou puerpérale avec troubles circulatoires; le traitement a donné sept guérisons, deux améliorations, un résultat négatif. Les deux cas améliorés auraient probablement été guéris par un traitement prolongé.

Parmi ces guérisons, l'auteur relève spécialement celle d'une pelvi-péritonite : le succès l'engage à recommencer ce traitement, le cas échéant.

2° *Déviations utérines. A. Rétroversions.*

L'auteur a obtenu dans cinq cas de rétroversion utérine, cinq redressements par le massage gynécologique. Certaines déviations très anciennes ne sont pas guéries par cette méthode, l'auteur n'a pas eu à traiter de ces cas rebelles.

Toutes ses malades ont obtenu de très heureux avantages d'avoir été soumises à ce traitement. L'inconvénient du massage gynécologique est d'améliorer trop vite les malades au point de leur faire croire à une guérison parfaite ce qui les pousse à cesser le traitement avant que la cure ne soit définitive.

B. Antéversions.

Dans tous les cas d'antéversions, bénins ou graves, il a suffi de faire disparaître l'œdème environnant pour arrêter les phénomènes pénibles. L'auteur n'a pas toujours obtenu un redressement de la matrice déviée; mais dans un cas comme dans les déviations postérieures de la matrice les malades ne souffrent plus lorsque l'œdème a disparu. Il est vrai qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés, il est nécessaire de les soumettre à nouveau à un traitement de quelques séances.

L'auteur a traité 9 cas de déviations antérieures de l'utérus avec troubles circulatoires et œdèmes. Il a obtenu 8 guérisons de la déviation et de l'œdème consécutif, 4 améliorations, c'est-à-dire 4 cas où l'œdème a disparu, mais où il n'a pu maintenir définitivement l'utérus redressé. Enfin, 2 résultats négatifs.

3° *Œdèmes péri-utérins ou abdominaux pelviens.*

L'auteur classe dans cette catégorie tous les cas où l'élément dominant était l'œdème siégeant dans le tissu cellulaire environnant la matrice.

Il a eu neuf cas d'œdèmes abdomino-pelviens à traiter.

Il a obtenu six guérisons durables jusqu'à ce jour. Quelques-unes de ces malades sont en bon état depuis treize et quatorze mois.

Dans un cas, le massage a échoué au point de vue curatif, mais a démontré sa valeur au point de vue diagnostic puisqu'il a permis de délimiter une collection purulente qui a été incisée ultérieurement et pour laquelle le massage ne pouvait rien.

4° *Troubles apparus dans un utérus gravide.*

L'auteur a eu la chance d'amener au neuvième mois une femme dont l'utérus antéfléchi souffrait d'une mauvaise circulation. Il y eut le troisième mois des menaces sérieuses d'avortement qui s'amendèrent bientôt sur redressement de l'utérus et massage gynécologique.

Dans deux autres cas du même genre, l'auteur ne fut pas aussi heureux. Après une amélioration très rapide au début du traitement, les malades avortèrent subitement, l'une à 3 mois 1/2, l'autre à 4 mois. L'auteur pense que si ces femmes avaient été traitées dès le début de leur grossesse, ce qui n'avait pas été le cas, elles auraient pu être menées à terme.

E. Vogt.

De la néphrostomie dans l'anurie causée par le cancer de l'utérus, par M. G. Nanu, de Bucharest (XIII° *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — On sait qu'à peu près la moitié des femmes atteintes de cancer de l'utérus succombent avec des phénomènes de rétention rénale, causée par la compression des uretères. Le symptôme le plus inquiétant est l'anurie et c'est contre elle qu'il faut lutter, pour prolonger la vie de ces malheureuses.

Tout dernièrement, ayant eu l'occasion d'observer un cas d'anurie de cette espèce, à l'exemple de Jayle, Labbé et Picqué, l'auteur a fait une néphrostomie.

La femme avait un cancer avancé du col : le corps de la matrice était très volumineux et avait une surface irrégulière; depuis quelque temps, oligurie, céphalalgie, nausées, etc. Enfin, bientôt elle eut une anurie complète qui a persisté pendant 10 jours. Du côté des reins, il n'y avait pas de phénomènes appréciables de rétention.

L'auteur a décidé de lui faire une fistule rénale lombaire, et il a choisi le côté gauche pour opérer, parce que la tumeur de l'utérus s'était développée surtout de ce côté.

Il a trouvé le rein gros, hyperémié et long de 20 centimètres; mais en le sectionnant jusqu'au bassinet, il n'a pas trouvé la moindre rétention urinaire ; il n'y avait pas de dilatation des calices et du bassinet.

Vers le soir, on retira de la vessie 40 grammes d'urine sanguinolente.

Depuis lors, elle n'a plus eu la moindre goutte d'urine par l'urèthre ; mais dès le lendemain, les phénomènes urémiques ont disparu. La malade se sentait mieux et elle aurait été très contente si elle n'avait pas eu les douleurs causées par le néoplasme de l'utérus.

On voit que, contrairement à ce à quoi on aurait dû s'attendre, il n'y avait pas de rétention rénale, c'est-à-dire d'hydronéphrose. Cependant l'obstruction n'a pu être rapide, mais lente. Cela serait en accord avec l'opinion de Donnadieu qui prétend qu'au début il n'y aurait pas d'hydronéphrose mais une simple dilatation des tubuli.

L'auteur a suivi cette femme pendant trente-cinq jours à partir de l'opération. Après ce laps de temps, des phénomènes de rétention auraient dû se montrer du côté du rein non opéré ; or il n'a rien observé de semblable. Le rein a conservé son volume normal et il n'était pas douloureux.

On le voit, en dehors de l'intérêt que cette néphrostomie peut avoir au point de vue de l'opportunité du traitement palliatif de l'anurie, elle a la valeur des expériences qu'on a faites, pour élucider la pathogénie des rétentions rénales.

Des indications électriques en gynécologie, par Foveau de Courmelles (XIII° *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Il s'agit d'une série d'applications thérapeutiques personnelles.

L'*utérolyse* est une opération qui ouvre un col utérin imperforé ou incomplètement ouvert; l'électrolyse circulaire avec olives, et une antisepsie rigoureuse, crée un col utérin : on empêche quelques jours les parois de s'accoler par des mèches ou une sonde à demeure.

Le *massage électrique* contre les déviations utérines se fait au moyen d'électrodes à capuchon avec tiges centrales plus ou moins longues; le col est ainsi maintenu extérieurement, l'intérieur du col et du corps utérin, si cela est nécessaire, reçoivent une tige qui agira en leur intérieur. L'appareil mono ou bi-polaire maintient mécaniquement les organes le plus près possible de leur position normale et les y ramène peu à peu, l'induction aidant.

Le *curettage électrique* ou *pyrogalvanique* se fait en diagnostiquant par un courant électrique faible les points lésés dans la cavité utérine et y appliquant un courant thermique par une anse

spéciale de platine qui devient rouge au moment voulu. La patiente accuse elle-même les maximums de lésions; la sensation désagréable ou un peu douloureuse qu'elle perçoit au courant explorateur, détermine les points à cautériser. L'appareil explorateur et thermique est unique et permet, sans déplacement, l'examen et la cautérisation. Cette opération rapide se fait sans grande douleur, sans anesthésie, ni hémorragie, et sa convalescence est rapide. La dilatation et l'antisepsie se font comme pour le curettage classique. Ce curettage pyrogalvanique présenté avec éloges, par Péan, à l'Académie de médecine, le 8 novembre 1892 et 19 novembre 1895, compte aujourd'hui plus de 150 cas d'endométrite hémorragique, voire d'endométrite avec lésion des annexes, mais sans rétraction placentaire, où il a réussi, tant par son action propre que par son pouvoir révulsif à distance.

Contribution aux opérations sur l'utérus et sur la vessie dans la grossesse, par Spinelli (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — Une femme, après 16 mois de mariage stérile, consulta un accoucheur qui diagnostiqua *allongement hypertrophique du col* et lui conseilla l'*amputation*. Mais le conseil ne fut pas suivi, et deux mois après elle devint enceinte. Au 4e mois elle fut atteinte soudainement de symptômes de péritonite, A l'observation, on trouva une grande tumeur à l'hypogastre, un utérus de volume exagéré, avec rétro-version et développement intrapelvien. On procéda à la laparotomie et à l'ablation de la tumeur qui était un fibro-myome de la paroi antéro-latérale de l'utérus avec développement subséreux et intra-ligamentaire. Pendant l'opération, on employa pour l'hémostase le lac élastique qui resta en place presque une demi-heure. Ligatures et sutures. Suites opératoires régulières. Au 4e jour, avortement avec deux petits fœtus vivants. Rien d'anormal aux placentas. Suites de couches physiologiques.

Ensuite règles normales, de légers troubles de la vessie (ténesme, urine avec dépôts et quelquefois sanglante). Au mois de mai 1899, dernières règles; avec les symptômes de grossesse augmentèrent les troubles de la vessie. En septembre, au 4e mois de la grossesse, on remarqua, après examen de la vessie, un grand calcul. La femme, qui désirait ardemment des enfants, refusa l'opération dans la crainte d'un avortement; mais ensuite, comme ses souffrances étaient intolérables, elle se soumit à l'opération de la pierre qu'on exécuta *per vaginam*. On trouva deux grands calculs fixés par un pédicule à la paroi de la vessie et le bas-fond incrusté de sels.

Les calculs furent extraits par fragments: ils s'étaient développés autour des fils de soie éliminés dans la vessie. L'incrustation fut raclée à la curette.

Durée de l'opération, plus d'une heure. Anesthésie chloroformique. Suites opératoires régulières; défaut de réaction utérine; pendant 24 heures les mouvements fœtaux ont cependant manqué; les pulsations étaient nettes Accouchement à terme.

Dans cette histoire singulière, et que l'auteur croit unique, il faut noter les faits suivants:

1° Développement très rapide d'un fibromyome de 3 k. 1/2, qui deux mois avant la grossesse avait échappé à l'observation d'un accoucheur.

2° L'opération conservatrice et l'avortement consécutif. Il semble qu'on doive, plus qu'à la constriction de la ligature élastique, attribuer l'avortement à la présence de ligatures et de sutures sur l'utérus; en effet, on n'a pas remarqué de foyers hémorragiques sur les placentas, et les petits fœtus sont nés vivants.

3° L'élimination des sutures dans la vessie et la formation de gros calculs démontrent le danger de laisser des ligatures ou des sutures de soie près de la vessie.

4° Le défaut de réaction utérine après la longue et difficile opération du calcul, et la tolérance du fœtus pour le chloroforme (plus d'une heure de sommeil chloroformique) démontrent que pendant la grossesse on peut achever de graves opérations, même à proximité immédiate de l'utérus, sans danger pour la grossesse.

Etiologie de l'infection puerpérale, par Doyen (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — La fièvre puerpérale commune est due à peu près exclusivement au streptocoque pyogène. Les recherches bactériologiques et expérimentales que l'auteur a pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Reims, en 1886, 1887, 1888 et qui ont été communiquées à l'Académie de Médecine le 17 mars 1888, lui ont permis d'identifier le streptocoque pyogène, le streptocoque de l'érysipèle et le streptocoque puerpéral. Les cas les plus graves d'infection puerpérale sont les cas où le streptocoque existe seul dans la cavité utérine. Dans ces cas l'écoulement utérin n'a pas d'odeur.

L'auteur a isolé deux autres types de streptocoques de plusieurs cas d'abcès et d'infection puerpérale à marche chronique avec accès fébriles intermittents. Il les a décrits dans son Atlas de Bactériologie, l'un sous le nom de *streptococcus pyogenes crassus*, et l'autre sous le nom de *streptococcus pyogenes liquefaciens*.

Asthme et puerpéralité, par le Dr Audebert (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900).

— 1° L'asthme vulgaire aussi bien que l'asthme des foins peut se manifester pour la première fois à l'occasion de la puerpéralité. Quelquefois il se montre exclusivement pendant la gestation et même pendant plusieurs gestations successives. Il devient alors un vrai signe de grossesse. C'est ainsi que, dans un cas personnel, l'apparition d'une crise d'asthme survenant subitement chez une femme quartipare lui a permis de reconnaître à la fin du troisième mois l'existence d'une grossesse jusqu'alors ignorée (elle était nourrice et non réglée);

2° Si la maladie est antérieure à la grossesse, ses manifestations acquièrent alors une intensité beaucoup plus grande;

3° Au moment de l'accouchement, les accès sont particulièrement violents et dangereux. Parfois, au contraire, ils font complètement défaut.

4° Le pronostic est sérieux : A. *pour la mère* qui peut succomber (1 cas de mort sur 7); B. *pour le fœtus* qui souffre plus ou moins. Les mouvements actifs sont momentanément ralentis ou même interrompus. Chez une des malades de l'auteur les battements du cœur fœtal ont échappé pendant un jour à l'auscultation la plus attentive. Entendus, quoique très affaiblis, le lendemain et les jours suivants, ils ont cessé complètement quelques minutes avant la naissance. L'enfant n'a pu être ranimé;

5° La dyspnée, même très violente, ne détermine jamais la moindre contraction utérine. Mais au contraire le travail aggrave notablement les accidents de suffocation;

6° La morphine et la révulsion locale dans les cas d'asthme essentiel, la quinine dans l'asthme des foins, amènent d'ordinaire une sédation.

La provocation de l'accouchement est indiquée, surtout dans l'intérêt de l'enfant, si les crises sont graves et répétées. On choisira pour intervenir une période d'accalmie. Le travail sera accéléré par la dilatation manuelle, et on extraira l'enfant aussitôt que possible par le forceps ou la version.

La physométrie artificielle en obstétrique par Rapin (XIII° *Congrès internat. des Sc. Méd.*, Paris, 1900). — L'auteur a présenté, il y a un an, au Congrès d'Amsterdam, une communication sur la physométrie artificielle, espérant provoquer de la part de ses collègues l'essai de ce nouveau procédé. La manœuvre qu'il a proposée, quoique simple et facile à exécuter, a dû inspirer une sainte frayeur à ceux qui en ont eu connaissance, car dans l'espace d'une année l'auteur n'a reçu aucune communication de faits relatifs à la physométrie artificielle. Etant encore seul à l'employer, il se voit forcé de résumer le résultat de ses seules observations pour démontrer qu'elle est sans danger et parce qu'elle donne des résultats encourageants.

L'auteur a pratiqué en tout la physométrie artificielle 10 fois dans des accouchements plus ou moins difficiles où le fœtus courait un danger imminent d'asphyxie, savoir 6 fois dans des bassins rétrécis, plats, rachitiques du premier ou deuxième degré, et quatre fois dans des bassins normaux : 5 fois l'enfant se présentait par la tête, mais on dût chaque fois pratiquer la version pour non engagement de la tête. Dans les 5 autres cas, l'extrémité pelvienne se présentait, savoir : une fois mode des fesses présentation complète, quatre fois mode des pieds, soit deux complètes et deux incomplètes. Une fois, il y avait procidence du bras à côté de la tête; 4 fois procidence du cordon, une fois à côté de la tête et 3 fois à côté des pieds; une fois hémorragie avec présentation complète des pieds.

L'introduction de l'air dans l'utérus a été faite avant les manœuvres d'extraction par le procédé habituel. Dans les dix cas, l'extraction manuelle a été nécessaire. 5 fois elle a été très difficile; dans un cas forceps tête dernière, 2 fois difficile et 2 fois facile.

Résultat. — 8 enfants vivants, un mort; le 10° concerne un enfant qui était déjà mort au moment de l'insufflation de l'air, il doit donc être éliminé. La mortalité à la naissance est donc de 1/9 ou 11 0/0. Le prolapsus du cordon donne une mortalité de 1/4 ou 25 0/0. Des 8 enfants vivants, 3 étaient profondément asphyxiques, deux légèrement et trois sans asphyxie. L'enfant né mort était prématuré, pas très asphyxique, mais mourut de faiblesse congénitale. Des 8 enfants vivants, 5 ont quitté la maternité en santé; un monstre non viable n'a vécu qu'un quart d'heure; deux autres sont morts un jour et 10 jours après la naissance, suite de fractures du crâne.

Enfin toutes les mères ont guéri sans aucune complication.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement électrothérapique de la poliomyélite antérieure des enfants (paralysie spinale de l'enfance), par J. Larat (*Médecine moderne*, n° 54, p. 505, 1900). — Si le traitement électrique échoue souvent, les causes de ces échecs sont dues à la forme électrique ou à la modalité du courant choisi qui est le plus

souvent défectueux, ou bien encore à l'insuffisance de la durée du traitement.

Or, malgré la gravité des lésions médullaires, la destruction d'une portion plus ou moins étendue des cellules grises des cornes antérieures, le nihilisme n'est pas de mise; au moyen d'un traitement électrique bien conduit, il est possible de rendre grand service au petit malade.

L'électrisation n'est d'ailleurs pas seulement utile pour le traitement; elle vient souvent en aide au diagnostic et elle est indispensable pour le pronostic.

La présence ou l'absence de la réaction de dégénérescence est la clef du diagnostic et du pronostic de la paralysie infantile. Duchenne de Boulogne a constaté, le premier, que les muscles qui ne se contractaient point au moyen du courant faradique, seul mode d'exploration qu'il employât, présentaient une atrophie rapide et restaient paralysés d'une façon durable, tandis que ceux qui présentaient la contraction faradique, même affaiblie, recouvraient rapidement leurs fonctions et ne s'atrophiaient point, sinon d'une façon passagère. On sait maintenant que cette inexcitabilité au courant faradique n'est autre chose qu'une apparition partielle de la réaction de dégénérescence. L'examen du membre frappé de paralysie sera donc pratiqué au point de vue de la contractilité électromusculaire, tout d'abord au moyen de la bobine à gros fil avec interruptions lentes, puis ensuite avec le courant galvanique, mais en tenant compte de ce fait que l'enfant supportera difficilement la douleur et qu'il y a lieu, par conséquent, d'augmenter le courant tout doucement et d'employer de larges électrodes. On explorera d'abord les muscles groupes par groupes, c'est-à-dire tous les extenseurs ou tous les fléchisseurs en masse. Puis, dans le groupe où on constatera la réaction de dégénérescence, on examinera les muscles un à un pour voir lesquels sont les plus atteints.

L'existence constante de la réaction de dégénérescence permet, dans les cas douteux, d'écarter l'idée d'une origine cérébrale de l'affection, car les affections cérébrales des enfants ne donnent jamais lieu à la réaction de dégénérescence.

L'exploration électrique permet donc de faire immédiatement le diagnostic avec la maladie de Little ou l'hémiplégie infantile; il en est de même pour les atrophies musculaires progressives qui, elles non plus, ne présentent jamais chez l'enfant le syndrôme dégénératif.

L'exploration électrique est indispensable pour le pronostic, car elle seule permet de dire quels muscles sont définitivement perdus, quels autres peuvent retrouver une partie de leurs fonctions et, enfin, quels sont ceux qui vont recouvrer entièrement leur mobilité compromise.

Les muscles atteints peuvent se diviser en quatre groupes : 1° ceux qui répondent encore à l'excitation galvanique et faradique, mais plus faiblement qu'à l'état normal; 2° ceux chez lesquels la réaction de dégénérescence existe, mais partielle; 3° ceux qui présentent la réaction de dégénérescence totale; 4° ceux, enfin, dans lesquels la contractilité électrique, totalement abolie pour la contraction directe, ne présentent plus que la réaction à distance de Ghilarducci.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, assez généralement, au bout d'un temps variable, mais qui est toujours assez long, de six à huit mois, les muscles du premier groupe retrouvent leur fonction, mais restent plus ou moins atrophiés. Ceux des trois autres groupes s'atrophient rapidement et sont fonctionnellement perdus à tout jamais.

Si, au contraire, on intervient par une électrisation judicieuse et patiente, la rénovation des muscles du premier groupe sera rapide, leur atrophie disparaîtra. Parmi ceux du second groupe, le plus grand nombre recouvrera son fonctionnement tout en restant un peu plus faibles, un peu moins volumineux que du côté sain. Quant à ceux du troisième et quatrième groupe, leur atrophie absolue sera enrayée et si, au point de vue fonctionnel, ils ne rendront pas grand service, la déformation du membre sera moins apparente.

Sans doute l'électricité ne peut refaire les cellules des cornes antérieures qui ont été détruites, mais il se passe ici un phénomène analogue au processus de l'hémorragie cérébrale. Tout autour de la zone détruite par le processus morbide, se trouvent des cellules moins atteintes par l'infection, malades sans doute, mais non détruites et capables de revenir à la santé si on les soigne. Or, le meilleur traitement des cellules nerveuses est de provoquer leur fonctionnement ; ceci est surtout vrai pour les cellules trophiques des cornes antérieures.

Le traitement électrique échoue souvent parce que l'on se sert uniquement de la faradisation ; or la faradisation d'un muscle qui ne répond e aucune façon au courant induit est non seule ment inutile, mais nuisible; elle augment l'atrophie.

La faradisation doit donc être réservée pou les cas rares où la contractilité faradique es simplement diminuée, mais existe franchement Dans tous les autres cas qui constituent l'immense majorité, c'est au courant galvaniqu qu'il faut avoir recours. Seulement, ce traitement devant être appliqué pendant fort long-

temps, chez des enfants très susceptibles à la souffrance, il convient d'apporter de grands ménagements dans son mode d'emploi.

Une grande plaque d'étain recouverte d'agaric et de peau de chamois bien imbibée d'eau tiède, de la dimension de la main, sera appliquée sur la région cervico-dorsale de la colonne vertébrale, s'il s'agit du membre supérieur, sur la région lombaire, s'il s'agit du membre inférieur. Cette plaque correspond au pôle positif de la batterie. Le pôle négatif est relié à une petite plaque plongeant dans une cuvette d'eau tiède dans laquelle est immergée, d'autre part, l'extrémité ou le membre malade, main ou pied. Il faut que la cheville ou le poignet soient recouverts par l'eau.

Les choses étant ainsi disposées, on fait passer, pendant dix minutes, un courant de huit à dix milliampères d'intensité. Avec une aussi large surface d'application, la densité du courant pour un point donné est très faible et la douleur nulle. Puis on termine la séance par une série d'interruptions de courant, faites au moyen du bouton interrupteur. Il est bon aussi, pour ces interruptions, de faire quelques inversions polaires. On obtient ainsi une série de contractions dont on doit limiter le nombre au début à une centaine. Plus tard, quand la maladie est en voie de rétrocession, on peut produire des excitations plus prolongées.

C'est par mois, par années souvent, que le traitement doit être prolongé. La paralysie infantile la plus légère nécessite un an de traitement, les formes graves plusieurs années.

Le traitement doit être fait journellement si possible, ou au minimum trois fois par semaine durant la première année. Plus tard, deux séances par semaine suffisent, et entre temps on aura recours aux traitements accessoires, gymnastique, massage.

Le traitement doit être institué dès le début, ainsi que le conseille Erb.

Alors même que l'électricité intervient seulement à la période d'atrophie et de déformation, elle peut encore rendre des services.

On sait qu'aux déformations résultant de l'atrophie des muscles, des ligaments, des os, se joignent celles qui sont dues aux contractures musculaires des muscles antagonistes de ceux qui ont été frappés par la paralysie : la plus fréquente de ces contractures est celle des muscles du mollet qui entraîne le raccourcissement du tendon d'Achille. Dans ces cas, l'exploration électro-musculaire peut être encore utile, en permettant d'apprécier si une intervention chirurgicale est opportune ou non. Prenons le cas d'un pied bot équin; l'exploration électrique du jambier antérieur permettra de dire quel sera le résultat de la section du tendon d'Achille. Si les muscles ne présentent qu'une réaction de dégénérescence incomplète, la section du tendon opérée et les muscles traités convenablement, il sera possible de leur donner un tonus suffisant pour empêcher le retour du pied bot en y joignant le port d'un appareil orthopédique. Si, au contraire, toute apparence de contractilité a disparu, la section des tendons déterminera plutôt une aggravation qu'une amélioration; le malade aura un pied tout à fait ballant qui lui rendra moins de services qu'avant et la seule opération utile est l'arthrodèse avec ankylose subséquente.

G. Lyon.

Traitement de la période paroxystique de la coqueluche, par J. E. Godson. (*British medical Journal*, 3 novembre 1900). — Un grand nombre de médicaments ont été préconisés contre la coqueluche : alun, antipyrine, acétanilide, belladone, bromures, chanvre indien, acide phénique, hydrate de chloral, créosote, lobélie, opium et ses dérivés, phénacétine, quinine, etc. Cette abondance montre les divergences des auteurs sur l'efficacité des agents employés. Godson a eu l'idée d'envoyer un questionnaire à un très grand nombre de praticiens et de leur demander quel était leur traitement préféré. D'après les réponses reçues on peut ainsi classer par ordre de fréquence les médicaments préférés : 32 0/0 s'adressent à la belladone, 28 0/0 à l'acide phénique, 20 0/0 aux bromures, 12 0/0 à la créosote, 6 à l'antipyrine, 2 à l'opium ou à ses dérivés. Encore les médecins ne se montrent-ils pas très enthousiastes de la drogue employée, sauf de la créosote à l'intérieur ou en inhalations

La méthode préférée par l'auteur lui-même est la suivante : au début faire les inhalations de créosote, n'avoir recours aux antispasmodiques que quand la bronchite est calmée. Toutefois la belladone peut être employée dans ce dernier cas : si les poumons sont sains, il faut avoir recours à l'antipyrine à doses répétées. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'une chambre chaude, bien aérée et éclairée et d'une alimentation réparatrice. Grâce à ce traitement, l'année dernière, la longueur de la maladie n'a été dans les cas observés que de 19 jours en moyenne.

P. Sainton.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Indications thérapeutiques du géranium maculatum, par le D' Gomez de la Mata (*Los Nuevos Remedios*, 25 août 1900). — Barton appela, il y a déjà quelque temps, l'attention des médecins américains sur l'emploi thérapeutique de cette plante. Elle contient les acides gallique et tannique, de la gomme, du sucre et quelques résines.

Cette plante n'a pas de rivale dans toutes les formes d'hémorragies internes et externes. L'administration de 4 grammes d'extrait fluide par heure arrête l'hémoptysie et prévient son retour ; on continuera les mêmes doses à des intervalles plus longs pendant deux ou trois jours. Vingt gouttes d'extrait fluide administrées quatre fois par jour pendant quelque temps ont donné de très bons résultats dans les hémorragies rénales et intestinales.

Avec un peu de coton trempé dans une solution d'une partie d'extrait fluide et trois d'eau, on arrête très bien les épistaxis. Les mêmes résultats sont obtenus dans les hémorragies utérines.

Son emploi est encore utile dans le purpura, l'hémophilie, la diarrhée chronique, la fièvre typhoïde, le choléra infantile, etc.

Dans la bronchite chronique et la bronchorrhée, l'auteur recommande la formule suivante :

Teinture de voix vomique.	4	grammes
— de sanguinaire du Canada.....	4	—
Extrait fluide de géranium.	6	—
Sirop de sucre.....	45	—

4 grammes de ce mélange toutes les quatre heures.

Dans plusieurs autres maladies, il a été employé avec succès.

Finalement, il convient de noter qu'à cause de la grande quantité d'acide tannique que contient l'extrait fluide, il pourrait être un excellent antidote dans l'empoisonnement par l'iode, le mercure, l'argent, le cuivre, l'antimoine, la digitale, la ciguë, le tabac, la fève du calabar, la belladone et l'aconit.

La dose de poudre est de 0 gr. 50 à 2,50 grammes; celle de teinture alcoolique de 2 à 8 grammes et celle d'extrait fluide de 10 gouttes à 6 grammes. Cette dernière préparation est celle qu'on doit préférer.

F. Berini.

La morphine remplacée par l'héroïne, par Morel-Lavallée. (*Revue de médecine* n° 11 p. 872 1900). — Morel-Lavallée propose d'employer l'héroïne chlorhydrique dans les cas où la morphine est indiquée ; il conviendra seulement de l'employer à dose moindre, car son pouvoir toxique est plus que double de celui de la morphine et on ne dépassera pas 0 gr. 003 pour la première piqûre.

L'héroïne calme la douleur, sans amener comme la morphine l'euphorie, la sensation de bien-être qui est pour bien des malades un prétexte à se faire de nouvelles piqûres.

G. Lyon.

De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique chirurgicale et en dermatologie, par Thiéry (XIII° *Congrès internat. des sc. méd.*, Paris 1900), — Après avoir rappelé que l'acide picrique, autrefois préconisé par Chéron, Curie et Vigier dans le traitement des plaies, était complètement tombé en désuétude, l'auteur, dont les travaux ont remis en honneur ce topique, insiste sur les résultats qu'il a donné comme antiseptique, analgésique et kératoplastique, dans le traitement des *brûlures*.

Mais, partant de ces données, les chirurgiens, à la suite de l'auteur, ont appliqué l'acide picrique à nombre d'autres affections chirurgicales et dermatologiques ; dans toutes ces applications on retrouve un principe : la kératogénèse et la kératoplastie, que l'auteur oppose à l'action kératolytique de la plupart des antiseptiques puissants.

Aubert, Brousse, Gaucher, etc., etc., en ont fait un agent de guérison pour l'eczéma. Thiéry et Calvelli ont montré les avantages qu'on en pouvait tirer pour le traitement de l'érésypèle. Le zona en est aussi justiciable, et, somme toute, l'auteur croit l'acide picrique appelé à un plus grand avenir en dermatologie. D'ailleurs, dit-il en passant, la dermatologie aura fait un grand pas, quand elle aura banni deux agents notoirement antikératogènes, *les corps gras* et *les pansements humides*. Il montre le parti que l'on peut tirer, dans la plupart des affections dermatologiques, de l'emploi de l'éther picrique à saturation, en badigeonnages, pansement bien supérieur, selon lui, au pansement picrique humide.

C'est encore dans le traitement de la blennorrhagie que Pasteau, Desnos, Scatolari, Vigneron, etc., etc., ont utilisé l'acide picrique.

Enfin, nombre d'autres affections en ont bénéficié : les otites suppurées (Lacroix), le lupus (Spanocchi), les ulcères de jambes (Thiery, Vaugreute, Monod, Courtellemont), les blépharites (Fage), les chancres phagédéniques (Hawkorn), la pharyngite chronique (Levassort).

A ce propos, l'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier le traitement de diverses inflammations des *muqueuses* par les préparations picriquées. Il termine par un aperçu des résultats que cet agent thérapeutique a donné en art vétérinaire, où il est largement appliqué, à la suite des indications données par l'auteur : plusieurs vétérinaires français et étrangers l'emploient couramment dans le traitement des plaies, excoriations et des diverses affections cutanées du cheval.

Procédé pour obtenir l'acide phosphorique glacial, par le Dr J. Battle (*El Criterio Catolico en los Ciencias Medicas*, août 1900). — Le procédé recommandé par l'auteur n'exige pas d'appareils compliqués ni de dépenses exagérées, la manipulation étant facile et réalisable en peu de temps.

On commence par obtenir le biphosphate de chaux en traitant six parties d'os calciné dans l'eau avec cinq parties d'acide sulfurique à 66°. On laisse ces deux substances en contact pendant deux ou trois jours, en ajoutant de temps en temps une petite portion d'eau chaude pour désagréger la masse. Finalement, on délaye le produit dans une quantité suffisante d'eau chaude pour dissoudre le biphosphate de chaux formé, on verse et filtre le liquide en laissant évaporer jusqu'à consistance de sirop. Tout de suite après, on traite par l'acide sulfurique à 66°, juste la quantité précise pour saturer la chaux du biphosphate, ou tout au plus, avec un petit excès. Il se forme du sulfate de chaux, plus de l'acide phosphorique en dissolution auquel on ajoute une petite quantité d'eau distillée et on filtre ensuite à travers l'amiante. On évapore la solution obtenue dans une capsule de porcelaine et on tâche de séparer par filtration le sulfate de chaux qui se précipite de nouveau. Quand le liquide est suffisamment concentré, on le verse dans une capsule en platine et on évapore à siccité en augmentant vers la fin la température pour fondre le produit : dans cet état. on le verse dans le moule pour lui donner la forme voulue.

F. Bérini.

Holocaïne (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 4, 1900). — Ellenbogen a employé l'holocaïne au centième dans différentes affections oculaires. Dans l'extraction de corps étrangers de la cornée il a obtenu une anesthésie rapide en instillant six gouttes (en deux fois). Au bout d'un laps de temps très rapide (une ou deux minutes) on a pu déjà aborder l'opération, tandis qu'il a fallu attendre plus longtemps quand on s'est servi de cocaïne. En outre l'holocaïne ne détermine pas la dilatation de la pupille — comme le fait la cocaïne : or, cette dilatation rend la recherche du corps étranger sur la cornée plus difficile. Avec l'holocaïne on n'a pas observé — comme avec la cocaïne — la desquamation de l'épithélium cornéen et la formation d'ulcérations.

Dans les iritis et kératites, lorsque la dilatation déterminée par l'atropine a été peu prononcée, cette dilatation devient bien plus nette, lorsqu'on fait simultanément des instillations de cocaïne.

Quant à l'anesthésie des muqueuses, on l'obtient difficilement par l'holocaïne. L'auteur n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication — même dans les cas où les instillations étaient pratiquées journellement à des petits enfants. Dans deux cas, l'auteur a constaté l'influence excessivement favorable de l'holocaïne sur l'hypopyon : au bout de trois à quatre jours la maladie a disparu. Il faut ajouter cependant que, en même temps que l'holocaïne on a employé la pyoctanine et l'atropine.

L'holocaïne augmente la diffusion, ce qui fait qu'une plus grande quantité de pyoctanine tombe dans les yeux : en outre, d'après les observations de l'auteur, l'holocaïne elle-même arrête les processus de suppuration et de fermentation et constitue un microbicide. Elle prévient la suppuration de l'œil et constitue peut-être comme la strychnine un moyen tonique, pour les cellules ou les terminaisons nerveuses de la cornée.

Dans un cas d'ulcère étendu torpide de la cornée on a pu arriver, par l'instillation quotidienne d'holocaïne au centième à la dose de VIII gouttes, à diminuer l'infiltration de la cornée, à localiser le processus et à amener la guérison.

Dans un cas de trachome (à la période de la cicatrisation) on a employé avec succès l'holocaïne avec l'atropine et le protargol.

En terminant son travail, l'auteur préconise particulièrement l'holocaïne pour le traitement des ulcères de la cornée et de l'hypopyon.

Ajoutons encore que les instillations d'holocaïne ne déterminent, en fait de douleur, qu'une légère sensation de brûlure.

Dr Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

INJECTIONS HYPODERMIQUES (*Suite*)

Gélatine (en solution dans le sérum physiologique).

Formule :

Gélatine	50 grammes
Chlorure de sodium	7 —
Eau distillée et stérilisée	1000 —

Dose :

Gélatine	20 grammes
Sérum	1000 —

Indication thérapeutique. — Anévrisme de l'aorte ; hémoptysie.

Glycéro-phosphates.

a) de chaux.

Formule : (1 partie soluble dans 20 parties d'eau).

Glycéro-phosphate de chaux	1 gramme
Eau stérilisée	20 —

(En général la dose pour chaque injection doit être renfermée dans une ampoule scellée).

Dose :

0 gr. 5 à 0 gr. 25

b) de soude.

Formule : très soluble dans l'eau, préférable par suite au précédent.

Glycéro-phosphate de soude	1 gramme
Eau stérilisée	10 grammes

Dose :

0 gr. 5 à 0 gr. 50

Indication thérapeutique. — Névrosthéniques, employé chez les neurasthéniques, les déprimés. Antialgique, lumbago, torticolis.

(A. Robin)

Héroïne.

Formule :

Héroïne	0 gr. 10
Eau distillée	10 grammes

Dose :

0 gr. 003 par injection
0 gr. 01 *pro die*

Indications thérapeutiques. — Les mêmes que celles de la morphine.

Huile d'olive.

Formule : Neutre, stérilisée à 120°

Dose :

15 à 20 cc.

Indication thérapeutique. — Modificateur de la nutrition. Employée chez les tuberculeux.

Hydrastine (chlorhydrate d').

Formule :

Chlorhydrate d'hydrastine	1 gramme
Eau stérilisée	20 grammes

Dose :

0 gr. 05 par injection
0 gr. 20 *pro die*

Indication thérapeutique. — Antimétrorrhagique.

Hyoscyamine cristallisée.

Formule :

Hyoscyamine cristallisée	0 gr. 01
Eau distillée	10 grammes

(Injecter 1/4 de cent. cube).

Dose :

1/4 de milligramme par injection
1/2 milligramme *pro die*

Indication thérapeutique. — Hypnotique. Préconisé spécialement dans la manie aiguë, la paralysie agitante, l'alcoolisme.

Hyoscine (chlorhydrate d').

Formule :

Chlorhydrate d'hyoscine	0 gr. 005
Eau distillée	10 grammes

(Injecter 1/4 à 1/2 cent. cube).

Dose :

1/4 à 1/2 milligramme.

Indications thérapeutiques. — Les mêmes que pour l'hyoscyamine.

Iode.

Formule :

Iode métalloïde	0 gr. 20
Iodure de potassium	2 grammes
Eau distillée	20 —

(Injecter 1 cent. cube, d'abord de la solution la plus faible). (Durante)

Dose:

0 gr. 01 par jour.

Indicationthérapeutique. — Tuberculose.

IODIPINE.

Formule:

Iodipine..... 25 grammes
Eau distillée et stérilisée 100 —

Dose : Injecter 10 cc. de cette solution (pendant 5 à 10 jours).

Indication thérapeutique. — Action générale dans la syphilis, l'asthme, l'emphysème, l'artériosclérose, le tabes (?), la scrofule, l'actinomycose.

Action locale dans la sciatique, les névralgies.

IODOFORME.

Formule:

Huile d'olive stérilisée 100 grammes
Iodoforme..... 1 à 5 —

Dose. — Enfants (5 à 10 ans):

0 gr. 01 par injection
0 gr. 05 par jour

Adultes:

0 gr. 05 à 0 gr. 20 par jour

Indication thérapeutique. Tuberculose pulmonaire, ostéo-articulaire.

LAURIER-CERISE (eau de).

Formule : Employée pure (contient 0 gr. 50 d'acide cyanhydrique par 100 gr.).

Dose:

0 gr. 01 à 0 gr. 05

Indication thérapeutique. — Sédatif, antispasmodique.

MENTHOL.

Formules : Solubles dans l'alcool, les huiles fixes, les essences.

Menthol..... 10 grammes
Vaseline liquide..... 90 —
Injecter 1 à 2 cc. (Albin-Meunier)

Menthol..... 2 grammes
Essence d'eucalyptus.. 3 —
Eau distillée..... 100 —
Injecter 1 à 4 cc. (Hervelke)

Dose :

0 gr. 10 à 0 gr. 20

Indication thérapeutique. — Antinévralgique, antibacillaire.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites dans les hôpitaux de Paris, par Paul THIÉRY (*Congrès int. de déontologie*, Paris 1900). — Chargé par le Syndicat des médecins de la Seine d'un rapport sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris, M. Thiéry ayant d'abord signalé de nombreux exemples d'abus de ce genre, auxquels il ajoute l'admission des malades riches dans les hôpitaux, et surtout à l'hôpital Dubois, étudie les résultats d'une enquête qu'il a faite en province et à l'étranger sur les règlements propres à écarter les malades aisés de l'Hôpital. Il reconnaît que la plupart des règlements prohibitifs n'existent que théoriquement, et que dans trop de villes, l'Assistance publique transforme une partie de ses hôpitaux en véritables maisons de santé, dont elle cherche à tirer parti aux dépens des praticiens de la ville. Beaucoup moins large lorsqu'il s'agit de délivrer des secours en nature et en médicaments, l'Assistance accorde parfois les soins médicaux, et il en résulte un encombrement des consultations et des salles, très préjudiciables à l'intérêt des véritables indigents, trop souvent évincés des hôpitaux, à cause de l'encombrement signalé.

Etudiant ensuite les moyens de remédier à cet état de choses, M. Thiéry émet l'opinion qu'aucun malade payant ne doit être admis à l'hôpital tant que l'Assistance n'a pas assuré le traitement de tous les indigents.

Comme conclusion d'un long rapport qu'il faut lire et que nous ne pouvons analyser, il propose les articles suivants :

1° Une entente doit avoir lieu entre les médecins de la ville, le corps des Hôpitaux, l'administration de l'Assistance publique et les pouvoirs publics pour empêcher les malades aisés d'abuser des consultations gratuites et de l'hospitalisation ;

2° Au besoin, l'Assemblée législative doit être saisie d'un projet ayant pour but de réglementer l'assistance gratuite, conformément aux lois du 9 mars 1793, du 24 vendémiaire an II, et du 2 floréal an II (Convention nationale);

3° Considérant que c'est à l'Administration qu'il appartient de prendre à sa charge les mesures destinées à réprimer les abus, et qu'un résultat effectif ne peut être obtenu qu'en multipliant les difficultés pour le malade aisé de se présenter à l'hôpital, M. Thiéry propose de soumettre à l'approbation des pouvoirs publics les moyens suivants :

A. Affichage *extérieur* et intérieur de l'avis qui réserve les consultations et l'hospitalisation aux malades indigents et nécessiteux et des formalités nécessaires pour obtenir l'une et l'autre.

B. Conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du règlement en ce qui les concerne.

C. Création de commissaires enquêteurs de quartier et de bons pour consulter, valables pour une année, délivrés aux indigents et nécessiteux établissant leur situation après enquête de ces commissaires. — Nécesité de présenter ces bons pour être admis, soit à la consultation gratuite, soit à l'hospitalisation proprement dite, et de répondre à un formulaire mentionnant l'état civil et la situation pécuniaire du malade.

D. Engagement écrit par le malade de rembourser à l'hôpital la valeur de la consultation ou des soins et frais de séjour, si l'enquête démontre une fraude dans ses déclarations. En cas de récidive, le malade commet une contravention qui serait punie d'amende, et même de prison. (Au cas où la fraude proviendrait de faussss déclarations du propriétaire ou du concierge, responsabilité pénale de ces derniers).

E. Suppression des lits payants en dehors des cas où le malade pourrait justifier, soit d'un cas d'urgence, soit d'insuffisance ou de modicité extrême de ses ressources. Suppression de la Maison municipale de santé.

G. Application stricte des règlements actuellement existants et adoption des vœux du Conseil supérieur de l'Assistance publique en ce qui concerne l'hospitalisation des malades de province.

Association de la Presse médicale française. *Réunion du 9 novembre 1900.* — Le 9 novembre 1900 a eu lieu la réunion de l'Association de la Presse médicale. sous la présidence de M. le Dr Lucas-Championnière, syndic.

Vingt personnes y assistaient.

1° Nominations. — Ont été élus *Membres* de l'Association : M. le Dr Ed. Vidal, rédacteur en chef des *Archives de thérapeutique*; M. le Dr Cruet, rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie*.

2° Candidatures. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de M. le Dr Hartenberg, rédacteur en chef de la *Revue de Psychologie*, et de M. le Dr Lapeyre, rédacteur en chef de la *Gazette médicale du Centre*, MM. les Drs Bérillon et R. Lévy.

3° Congrès de la Presse. — MM. Lucas-Championnière et Cornil ont félicité M. Blondel de sa nomination comme Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. R. Blondel a remercié en termes émus M. Lucas-Championnière et M. Cornil ainsi, que tous les collègues présents, pour leur manifestation si touchante. — Il a annoncé en même temps, la naissance de quatre Associations de Presse Médicale crées en Danemark, en Norvège, en Suède et en Russie, à la suite des conférences qu'il vient de faire dans les capitales de ces quatre pays, En transmettant à l'Association française les vœux et les souhaits de prospérité, dont il a été chargé pour elle aux cours des réunions et des banquets organisés en l'honneur du représentant de l'Association, il a invité les membres présents à porter la santé des quatre Associations sœurs, encore au berceau, et qui donneront certainement la preuve de leur vitalité au prochain Congrès de Bruxelles.

L'assistance entière s'est associée à ce toast.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, dir., 3, rue Bourdaloue, Paris — *e Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La crise médicale actuelle, particulièrement à Paris. — Un peu de statistique. — Aujourd'hui et il y a cinquante ans.

Le XIXe siècle se termine par des plaintes ; comme le commerçant pour qui « les affaires ne vont pas » le médecin n'est pas content. Il est vrai que malgré cela, médecins et commerçants vivent, que le régime de leur table et le luxe de leur maison s'sst singulièrement modifie en moins de cinquante ans, que peut-être la cause principale du mal est le manque de prévoyance et d'économie ; mais en ce qui concerne le médecin, le malaise professionnel existe et moins que jamais l'on ne voit le praticien s'enrichir. Quelles sont les causes de cette crise? On peut les classer en trois groupes : 1° L'augmentation du nombre des médecins; 2° la diminution du nombre des malades ; 3° la modification des conditions dans lesquelles s'exerce la médecine.

Le hasard nous a mis entre les mains un guide médical datant d'environ cinquante ans, qui donne les plus minutieux renseignements sur l'exercice de la médecine à Paris en 1852; c'est le *Paris Médical* du Dr Henri Meding, sorte d'Annuaire qui donne de curieux détails sur le corps médical et d'intéressantes statistiques officielles sur l'Assistance et les hôpitaux de cette époque. Un parallèle entre 1852 et 1900 ne manquera pas d'intérêt dans l'examen de la crise médicale et nous permettra de redresser quelques erreurs.

1° *L'augmentation du nombre des médecins.* — Le nombre des médecins a indiscutablement augmenté, mais il s'agit de savoir si son augmentation est proportionnelle à l'augmentation de la population. Nulle part, croyons-nous, on ne se plaint plus qu'à Paris de la pléthore médicale. Nous ne nierons pas l'encombrement, mais nous pouvons affirmer qu'il y a cinquante ans, il existait dans la capitale.

En 1852, la population de Paris était de 1.053.262 habitants et 1.357 médecins étaient inscrits sur la liste du *Paris Médical* de cette époque.

En 1900, la population de Paris est de 2.536.834 habitants et le Guide Rosenwald compte pour Paris 3.020 médecins ; ce qui fait qu'il y a cinquante ans, on comptait 1 médecin pour 770 Parisiens, et aujourd'hui 1 médecin pour 840 Parisiens.

En France, la moyenne actuelle est de 1 médecin pour 2.400 habitants. Que conclure? C'est qu'au moins pour Paris, la crise médicale n'est pas due à l'augmentation du nombre des médecins, puisque depuis cinquante ans, par rapport au chiffre de la population, ce nombre a nettement diminué.

2° *La diminution du nombre des malades.* — Cette diminution paraît considérable : les maladies infectieuses disparaissent chaque jour; la variole passe à l'état de curiosité depuis la diffusion de la vaccine ; la diphtérie est beaucoup plus rare, sa guérison est plus rapide, et, si la fièvre typhoïde persiste, on arrive plus facilement à enrayer sa propagation et à éteindre les foyers d'épidémies. Les progrès de l'hygiène et l'augmentation du bien-être rendent de façon évidente les maladies aiguës moins fréquentes. Mais, malgré tous ces progrès, certaines affections restent rebelles à la prophylaxie scientifique. La tuberculose est toujours fort meurtrière. Les intoxications font plus de victimes, et parmi elles l'alcoolisme, avec un cortège nombreux de maladies de tous genres, fait d'effrayants ravages dans toutes les classes de la société. Le surmenage du système nerveux, aidé par les intoxications, a multiplié une longue série de maladies nerveuses jadis très rares, et nous voyons même surgir de nouvelles affections, comme la neurasthénie, que nos aïeux ignoraient. Si certaines espèces morbides, comme la syphilis, semblent avoir perdu de leur gravité, ce n'est qu'une apparence ; la propreté, le traitement spécifique mieux appliqué ont atténué les accidents cutanés, mais l'alcoolisme et le surmenage rendent plus fréquentes les maladies nerveuses qui en dépendent. Les enfants, mieux soignés, sont moins exposés à être malades, mais ils naissent moins robustes, chargés de tares et trop souvent dégénérés. De sorte que si on fait le bilan de la santé publique, on trouve que son état ne s'est pas beaucoup modifié. L'état nosologique s'est transformé, mais il y a autant de malades et, s'il en existe moins, ce que je n'oserais affirmer, ces malades se font indiscutablement mieux soigner. Le médecin est appelé souvent pour rien, et le chiffre de ses visites s'élève de telle façon que cette augmentation compense amplement le moins grand nombre de malades qu'il paraît avoir à soigner.

Dans les villes, l'Assistance médicale se fait à domicile et dans les hôpitaux. Si nous prenons Paris comme exemple, et cela parce que nous le connaissons mieux, nous pouvons affirmer que l'Assistance médicale à domicile se fait largement, mais sans abus criant, car des enquêtes régulières empêchent son exploitation. De plus nous pouvons affirmer qu'aucun malade, non indigent mais simplement nécessiteux, ne sera privé de médecin, s'il se donne simplement la peine de le faire demander au Bureau de bienfaisance. Près de sept années d'expérience du traitement médical à domicile à Paris nous permettent d'affirmer que sauf de très reres exceptions, ce service ne porte pas atteinte au corps médical et que s'il n'existait pas, les praticiens du quartier feraient, nous n'en doutons pas, des visites fréquentes aux malades de cette catégorie, mais n'en recevraient que très exceptionnellement des honoraires. Il en est de même pour les consultations des dispensaires de bienfaisance où un contrôle des malades qui s'y rendent s'effectue assez

sérieusement. Nous ne voulons pas dire cependant que là tout est parfait, bien loin de là ; mais nous ne faisons pas ici la critique d'une œuvre d'assistance, nous ne la considérons qu'au point de vue de la crise médicale.

Toute autre à notre avis est l'organisation hospitalière à Paris. Un examen un peu superficiel cependant ferait croire que l'Assistance hospitalière ne s'est pas développée en raison de l'accroissement de la population. En 1852, Paris possédait 17.903 lits d'hôpital ou d'hospice, soit 1 pour 58 habitants environ, et, en 1900, nous comptons à peu près 25.000 lits dans les hôpitaux ou hospices, soit 1 lit pour 100 habitants approximativement. Il y aurait donc infiniment moins de lits que jadis dans nos hôpitaux. Il est bon cependant de faire une importante correction. Jadis les maladies, surtout les affections chirurgicales, nécessitaient un séjour beaucoup plus long à l'hôpital et les nouvelles méthodes de traitement permettent de soigner beaucoup plus de malades avec beaucoup moins de lits. En outre, le traitement à domicile, naguère virtuel, aujourd'hui bien réellement en fonction, diminue considérablement les entrées à l'hôpital pour les pauvres et les nécessiteux. La preuve que l'Assistance publique à Paris s'est notablement développée, est évidente dans l'examen de son budget total : En 1850, le budget des dépenses s'élevait à 16.254.208 francs, soit 15 fr. 50 par tête d'habitant ; en 1899, il était de 53.043.607 francs, soit environ 20 fr. 90 par tête. Il n'est pas douteux que ce budget, absorbé surtout par les hôpitaux, ne sert pas uniquement au soulagement de la misère. L'exploitation des hôpitaux est chose bien connue, et Paris n'a pas seul ce triste privilège ; que nous servirait d'y revenir après les études si documentées faites successivement au Syndicat de la Seine par MM. A. Le Blond, Louis Gourichon et P. Thiéry. Bornons-nous à constater là un des facteurs importants de la crise médicale. Mais est-ce bien là la cause la plus considérable ? Non.

Ce n'est donc pas dans la diminution des malades qu'il faut chercher la cause de la crise médicale ;

3° *Modifications des conditions dans lesquelles s'exerce la médecine.* — Si le nombre des médecins et la diminution des malades ne paraissent pas les causes réelles de la crise médicale actuelle, il faut bien les rechercher dans les modifications des conditions dans lesquelles s'exerce la médecine. Nombreuses sont ces modifications, elles viennent de plusieurs sources qui méritent tour à tour d'être examinées. Parmi elles, au premier rang, on dénonce le développement de l'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. Dans les campagnes cette assistance organisée est relativement récente et postérieure à la crise médicale. Il peut se faire que, dans quelques régions, elle soit suffisamment mal appliquée pour porter préjudice au médecin ; mais dans bien des régions elle permet à nos confrères de toucher une rétribution insuffisante, nous n'en déconvenons pas, mais où ils ne recevaient jadis rien du tout. Dans d'autres régions, la mauvaise volonté des conseillers généraux et des municipalités a empêché la loi sur l'Assistance d'être appliquée et les médecins ne sauraient lui reprocher de leur nuire. Enfin, il est des régions ou l'indemnité donnée est ridiculement insuffisante, là, encore, les médecins ne sauraient se plaindre, ils sont libres de refuser ces obligations et de continuer, comme par le passé, à assurer gratuitement, selon leurs forces et leurs loisirs, l'Assistance médicale à qui bon leur semble en rejetant toute proposition administrative.

Les Sociétés de secours mutuels et les Compagnies d'assurances, où le médecin donne presque gratuitement ses soins viennent s'y adjoindre. Puis, dans les villes et comme dans les campagnes, le médecin trouve une concurrence aussi redoutable qu'ignorante dans l'exercice illégal. Cet exercice est fait par tout le monde. De bonnes âmes s'y livrent. M. le curé, la bonne sœur, le châtelain, la bourgeoise en villégiature, qui a vaguement suivi les cours des Dames de France et a oublié qu'on lui a surtout enseigné la prudence et l'abstention. D'autres exercent par intérêt : l'infirmier, le pharmacien, la sage-femme, l'herboriste, par exemple, et ce ne sont pas les moins dangereux concurrents du médecin. Enfin, il y a la tourbe de ceux pour qui l'exercice illégal est une profession et, pour les plus inintelligents d'entre eux, c'est même plus qu'une profession, c'est un sacerdoce. Nous voulons parler des empiriques, des sorciers, des voyantes, des somnambules, des rebouteurs, des magnétiseurs. Et la sottise humaine est si grande à notre époque que nous voyons, attirés par le merveilleux, des Ministres recourir à leurs bons offices, des auteurs dramatiques les célébrer sur la scène, des romanciers les exalter dans leurs livres, des journalistes leur faire impudemment une déshonorante réclame. La civilisation n'est chez nous qu'un vernis ; grattez légèrement et vous ne tarderez pas à voir apparaître la brute et le sauvage avec ses passions grossières, ses superstitions ridicules, ses croyances dans les plus grotesques miracles ; c'est pourquoi très souvent le charlatan le plus stupide sera plus écouté que le médecin. Cela durera encore longtemps et loin de faire le nécessaire pour combattre cet état de choses, le médecin fait ce qu'il peut pour le légitimer aux yeux du public. En dénigrant ses confrères, en voulant se faire une réputation à leurs dépens, en usant de tous les procédés grossiers et habiles, brutaux et mielleusement hypocrites d'une déloyale concurrence, il déconsidère chaque jour sa profession et par suite se déconsidère lui-même. Cette concurrence âpre autant qu'envieuse, où l'intérêt égoïste ne tient pas plus de place que la jalousie est, selon nous, la cause la plus importante du particularisme des médecins et de la crise médicale ; nous, comme bien d'autres, en savons long à ce sujet : mais ceci est trop triste et nous nous contenterons de le signaler (*Bulletin officiel de l'Union des syndicats de France*).

Dr J. NOIR.

TRAVAUX ORIGINAUX

ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR INJECTION DE COCAÏNE DANS L'ARACHNOÏDE LOMBAIRE

par :

A. Doléris — Accoucheur de la Maternité Boucicaut

et

H. Malartic — Interne des Hôpitaux

L'analgésie de la partie sous-ombilicale du corps obtenue par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire tend à prendre une place importante en chirurgie.

L'avenir montrera sans doute que cette méthode anesthésique peut rendre de grands services pour les opérations d'urgence, sur les champs de bataille, dans la pratique rurale, où souvent le temps et les aides font défaut.

M. Tuffier, dans un récent article paru dans la *Presse médicale* du 7 novembre, a établi l'historique chronologique du procédé. Il a montré que nous en sommes redevables à Corning, de New-York, qui le publia en 1885.

La contribution de Bier, en avril 1899, mettant à profit les recherches physiologiques et thérapeutiques de Franck, Mosso, Sicard et Oprinke, nous apporte une technique plus précise, et Tuffier, en octobre 1899, commence la vulgarisation de la méthode en France; il y apporte en outre des modifications heureuses dictées par une rapide expérience.

Dans l'article récent auquel nous faisons allusion, on peut lire que M. Tuffier table aujourd'hui sur une statistique qui ne doit pas être éloignée du chiffre de *mille* opérations pratiquées jusqu'à ce jour par l'injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire et qui ont pour auteurs :

Seldowich de Saint-Pétersbourg, Pitesci, Sévéreano, Gérotta, Jonnesco de Bucarest, Schiassi de Bologne, Coen de Livourne, Kaconecano de Bucarest et Nicoletti de Naples, Legueu, Nélaton, Marchant, etc.

Nous ne parlerons pas des grandes et petites opérations gynécologiques pratiquées par nous au moyen de ce procédé, particulièrement utilisable pour cette chirurgie spéciale, dans laquelle il nous a donné des résultats tout à fait satisfaisants.

Dans le domaine obstétrical, nos premières expériences, pratiquées en vue d'atténuer ou de supprimer les phases les plus douloureuses du travail de l'accouchement au moyen de la cocaïne, datent de 1884. Nous nous contentions alors de badigeonnages et d'applications permanentes d'une forte solution de cocaïne sur le col utérin. Les résultats ne furent pas tout à fait négatifs. Néanmoins, ils ne nous semblèrent pas de nature à justifier la conservation d'une méthode aussi insuffisante. Quelques rares tentatives d'analgésie effectuées dans la suite au moyen d'injections interstitielles de cocaïne dans le tissu cervical utérin et dans l'épaisseur du périnée, et que nous n'avons jamais publiées, réalisaient un procédé tellement compliqué, qu'il ne nous vint pas à l'esprit de le généraliser, encore moins de le vulgariser.

L'analgésie par injection lombaire devait naturellement appeler notre attention, et la perspective d'obtenir l'accouchement indolore méritait nous semble-t-il, assez d'attention, pour nous pousser à des essais dans ce sens.

Le 17 juillet de cette année, nous avons publié cinq cas assez démonstratifs, puisque l'analgésie cocaïnique n'avait été employée scrupuleusement qu'en vue d'apaiser les souffrances d'accouchements exceptionnellement douloureux, qui eussent nécessité d'ailleurs l'emploi du chloroforme.

La veille du jour où paraissait notre communication présentée à l'Académie de médecine, deux auteurs allemands, Brumm et Kreiss, publiaient en Allemagne une note dans le *Centralblatt für Gynœkologie*, sur six cas d'analgésie obstétricale par la cocaïne.

M. Tuffier, dans son article de la *Presse Médicale*, nous apprend que son élève Dupaigne avait également essayé la méthode ; on sait que sa ou ses tentatives, tenues secrètes, ont été l'objet d'une communication à l'Académie le 27 août dernier.

Nous ne voyons pas, quant à nous, ce que peut être le mérite de la priorité, que nous avons le droit de revendiquer, dans une telle question. Nous devons même déclarer que puisqu'il ne s'agit que de l'application d'une méthode qui appartient réellement à Corning, le seul intérêt de son adaptation à l'obstétrique résidait surtout dans les observations utiles qu'elle devait permettre de faire à ceux qui auraient à se prononcer sur ses avantages et ses inconvénients.

M. Cadol, élève de Tuffier, n'avait pas réussi à convaincre les accoucheurs auxquels il s'était adressé, de l'innocuité de l'injection lombaire, malgré la statistique déjà nombreuse qu'il apportait à l'appui de son affirmation.

Plus confiants dans la sécurité d'une méthode analgésique déjà expérimentée en chirurgie, dont la technique ne paraissait *a priori* ni difficile, ni dangereuse et nous avons voulu tenter d'en apporter le bénéfice à l'obstétrique.

Nos premières expériences ont été menées avec la plus grande prudence. La dose de l'analgésique était presque insuffisante.

Peu à peu nous nous sommes enhardis et nous n'avons pas eu à nous en repentir.

On remarquera d'ailleurs que la dose moyenne : *1 centigramme*, et la dose maxima : *2 centigrammes*, que nous avons employées, sont très au-dessous de celles dont certains chirurgiens usent aujourd'hui couramment, et que l'expérimentation physiologique nous autorisait largement à ne point reculer devant leur emploi.

En outre, lorsque la question s'est posée pour nous d'obtenir un accouchement indolore, nous ne nous sommes pas dissimulé qu'ici le terrain était inconnu et pouvait être particulièrement dangereux, puisqu'il fallait compter avec de nombreuses conditions qui n'existent pas pour les opérations chirurgicales : l'état spécial de la femme enceinte, l'état du fœtus, la contraction utérine, le maintien des efforts volontaires pour l'expulsion, la possibilité d'hémorragie et de rétention placentaire, etc.

Notre conscience, rassurée par avance sur l'absence de dangers généraux de l'analgésie cocaïnique, s'est raffermie par le choix des premiers cas, qui, nous venons de le dire, a été fait avec la plus grande circonspection, puisque ce choix ne portait que sur des femmes chez qui la douleur était exagérée et offrait un caractère en quelque sorte pathologique.

Depuis, nous avons varié nos expériences qui, en dehors de l'accouchement simple, ont porté sur quelques cas de dystocie et de chirurgie obstétricale.

Nous apportons aujourd'hui 25 cas bien observés dans tous leurs détails.

Notre conviction est faite et nous ne doutons pas que celle de nos collègues ne se fasse bientôt. Nous pensons devoir affirmer :

1° Que l'analgésie obstétricale s'obtient sûrement avec l'injection lombaire de doses modérées de cocaïne ; que par conséquent l'accouchement indolore peut se réaliser à la volonté de l'accoucheur pour les phases les plus pénibles du travail ;

2° Que la cocaïne ainsi appliquée agit comme un ocytocique précieux au cours du travail, qu'elle accélère en général ;

3° Qu'elle paraît agir comme hémostatique ;

4° Que ses inconvénients sont insignifiants et que ses dangers ont été jusqu'ici nuls pour la mère et pour l'enfant.

Les indications de l'analgésie obstétricale, disions-nous dans notre première communication à l'Académie, il y a près de quatre mois, sont les mêmes que celles qui commandent l'anesthésie chloroformique.

Ainsi exprimée, notre idée comportait une préoccupation de prudence exagérée.

Il n'est pas interdit aujourd'hui de prévoir que l'analgésie pourra être étendue à beaucoup de parturientes, si l'on considère que l'accouchement étant toujours un acte douloureux, parfois long, l'action de la cocaïne supprime sûrement la douleur, accélère la contraction et abrège l'épreuve ; qu'en outre elle diminue la perte de sang maternel.

Si l'on trouve que ces indications sont encore trop larges, puisqu'elles s'appliquent non seulement aux primipares mais aussi aux multipares qui ont moins à redouter des douleurs intenses et prolongées, on conviendra que les primipares qui ont toujours et parfois beaucoup à souffrir, ont tout au moins droit au bénéfice de l'analgésie.

Mais cette restriction même, basée sur la différence d'intensité et de longueur de la phase douloureuse de l'accouchement chez les multipares et chez les primipares sera-t-elle maintenue ?

Il est bien probable que lorsque la notion de son innocuité sera répandue, il sera très difficile à un accoucheur de refuser l'injection analgésique à toute femme qui souffrira assez pour la réclamer, et comme les résultats seront aussi parfaits que possible chez les multipares, il faut s'attendre à sa vulgarisation rapide.

Les femmes enceintes du dortoir de la Maternité de Boucicaut, instruites par les résultats obtenus chez leurs compagnes accouchées, réclament par avance l'injection analgésique, qui, on le pense bien, ne leur sera accordée qu'à bon escient et en conformité avec les règles que nous nous sommes tracées jusqu'à plus ample expérience.

Technique. — Le manuel opératoire de la ponction lombaire est bien connu. Dans les services de médecine elle est depuis longtemps d'un usage courant (1).

Nous la faisons avec la seringue en verre de Luër, dans l'un des 3e, 4e ou 5e espace lombaire.

Position de la femme. — La parturiente est assise simplement sur le bord du lit, les jambes écartées, la partie supérieure du tronc portée en avant.

Pour obvier aux inconvénients de la flexion du tronc chez la femme enceinte, nous avons pratiqué l'injection aussi dans le décubitus latéral et dans la position *génu-pectorale*.

Dans ce dernier cas, la ponction est très facile ; mais l'indication sûre qui nous est fournie par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien manque.

La piqûre doit être faite à la fin d'une contraction : on a ainsi le temps de la terminer avant la contraction suivante.

Elle est très peu douloureuse : on peut à la rigueur cocaïniser le tégument avant la piqûre, mais cela n'est pas nécessaire.

Solution. — Nous avons employé successivement des solutions au 100e et au 50e préparées et stérilisées par M. Carrion, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Ces solutions sont contenues dans de petites ampoules de verre fermées à la lampe et que l'on casse au moment même de les utiliser.

(1) Pour le manuel opératoire, voir Legueu et Kendirjy. *Presse médicale*, 27 octobre 1900, Tuffier. *Semaine médicale*, 1900, page 167.

Doses. — La quantité de cocaïne injectée a varié, dans les premières observations, de 4 milligrammes à 2 centigrammes. Actuellement nous nous tenons à la dose uniforme de 1 *centigr.*

Moment. — Au début, dans la période de tâtonnements, l'injection a été faite à toutes les phases de la dilatation, depuis 2 fr. jusqu'à la dilatation complète, col non franchi.

Actuellement, afin de pouvoir assurer, le plus possible, la terminaison indolore sans répéter l'injection et sans augmenter les doses, nous la faisons de préférence à la dilatation comme une grande paume de main chez les primipares, à la dilatation comme une petite paume de main chez les multipares.

Dans les positions occipito-postérieures, il nous paraît même préférable de retarder davantage. Ce ne sont d'ailleurs là que des indications et non des règles absolues, car il faut surtout se guider sur l'élément douleur.

L'analgésie s'établit de *3 à 10 minutes* après la piqûre, presque toujours vers la 5e minute, analgésie cutanée remontant jusqu'à l'ombilic ou jusqu'aux fausses côtes.

Analgésie utérine complète.

Non seulement la parturiente ne souffre pas au moment des contractions, mais elle n'a aucune conscience du travail utérin.

Les contractions subissent une augmentation d'intensité, de durée et de fréquence. Cette augmentation est très manifeste, elle s'établit en même temps que l'analgésie les contractions deviennent très énergiques, durent de *2 à 4 minutes* et se succèdent rapidement.

Pendant leur durée, le col reste souple et la dilatation se complète très vite. La période d'expulsion est aussi très abrégée, et cela pour plusieurs raisons : à cause de l'augmentation des contractions utérines, à cause du relâchement des faisceaux musculaires vaginaux, et aussi parce que la femme, ne souffrant pas, pousse mieux (1).

Alors les effets volontaires doivent être commandés par l'accoucheur, qui prévient la parturiente qu'elle a une contraction et qu'elle doit pousser ; quelquefois cependant les femmes ressentent dans le bas-ventre une tension vague, avec besoin de pousser, qui se manifeste au moment de chaque contraction, surtout quand la première heure après l'injection s'est écoulée.

Délivrance. Quantité de sang. — La délivrance se produit très rapidement, de 5 à 10 minutes après l'accouchement. Nous avons observé, dans quelques cas, la délivrance immédiate et presque spontanée : elle est accompagnée d'une perte de sang très modérée et souvent nulle. Il a été impossible, dans 7 ou 8 cas, de recueillir le sang pour en faire la pesée.

Dans les autres cas, la perte a été en moyenne de *100 à 150 grammes.* Après la délivrance, l'utérus est dur et contracté.

Enfin, à partir de la 3e heure après l'injection, les phénomènes du post-partum suivent la marche ordinaire.

L'involution ne semble pas modifiée, convalescence et lochies pas davantage.

Inconvénients. — Nous n'avons noté qu'une fois une élévation de température, le soir de l'accouchement de *38°4.*

Quant à la céphalalgie, que Tuffier accuse *95 fois sur 100* dans les heures qui suivent l'injection, nous ne l'avons observée que *7 fois sur 18* : encore était-elle légère

(1) Doléris. — Mémoire à la *Soc. de Biologie,* janv. 1884 et *Archives de Tocologie,* 1885.

et a-t-elle toujours cédé à l'administration de l'antipyrine, qui s'est montrée jusqu'ici tout à fait efficace, ce que personne que nous sachions n'a encore signalé.

Au contraire, les vomissements sont presque constants chez les femmes en travail. Ils surviennent d'ordinaire de la 5e à la 10e minute, précédés de nausées : ils sont peu abondants, point douloureux (origine centrale) et durent de 2 à 8 minutes. Ils sont quelquefois accompagnés de congestion et de sueur de la face. Vers la 15e minute, tous ces phénomènes disparaissent et la parturiente éprouve une sensation de bien-être et de repos.

Action sur le fœtus. — Quant au fœtus, il ne manifeste aucun trouble.

L'influence directe de la cocaïne n'est guère à craindre pour lui, si l'on songe au peu de rapidité des échanges entre le liquide céphalo-rachidien et le reste de l'organisme maternel. Avec les doses de *1 à 2 centigrammes*, les contractions utérines sont énergiques et rapprochées.

Quelquefois même, dans les premières minutes après l'injection, l'utérus conserve dans l'intervalle des contractions un certain état de tension. Nous n'avons pas eu à noter d'accidents : mais, dans notre première injection de 2 centigrammes à la fois, nous avons pu avoir quelques craintes pour le fœtus, et nous pensons qu'avec des doses supérieures ces craintes doivent augmenter. Les doses de 3 à 4 centigrammes ne pourraient-elles pas produire la tétanisation de l'utérus?

Durée de l'analgésie. — Avec la dose inoffensive de *1 centigramme*, quelle est la durée de l'analgésie?

On peut compter sur près de une heure et demie à deux heures de *répit*. Pendant une heure et quart, l'anesthésie utérine est complète, les contractions ne sont point perçues par la parturiente. Pendant la demi-heure qui suit, la sensibilité se rétablit progressivement, les contractions deviennent conscientes. Si ce moment correspond à la période d'expulsion, il existe alors un vague besoin de pousser. Enfin, les contractions s'accompagnent bientôt de légères douleurs qui s'accentuent dans le dernier quart d'heure de la deuxième heure. C'est donc avant ce moment qu'il faut obtenir l'accouchement et on l'obtient si l'on a soin de ne faire l'injection qu'à une période assez avancée de la dilatation et variable selon les cas, selon la position du fœtus, selon le plus ou moins de résistance probable des parties molles.

Injections répétées. — Nous devons signaler que la répétition de l'injection est très aisée et permet de prolonger l'analgésie. Le premier repère choisi sert pour les injections ultérieures, qui se font sans douleur, les tissus étant restés anesthésiés à ce niveau.

Notre expérience sur la répétition de l'injection est limitée, puisque nous ne l'avons pratiquée que dans deux cas : l'un a donné un parfait résultat : il s'agissait d'une « rigidité pathologique du col » ; l'autre était aussi un cas dystocique « hydrocéphalie » dans lequel le résultat n'a pu être apprécié, le travail s'étant prolongé cinq heures jusqu'à l'application de forceps.

Nous poursuivons nos essais en vue d'arriver, non plus à supprimer la phase la plus douloureuse du travail, mais à rendre l'accouchement indolore dans toute sa durée.

L'on ne doit pas juger d'une méthode par l'opinion qu'en ont les malades : cependant quand il s'agit d'un soulagement à la douleur, les patients ont bien le droit d'appréciation.

Les accouchées à la cocaïne sont toutes unanimes pour en reconnaître les bons effets.

Le nombre de nos observations est encore trop faible pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives. Il serait téméraire d'établir un parallèle entre la chloroformisation obstétricale et l'emploi si récent de la cocaïne. A titre d'indication, on peut cependant dire que si le chloroforme a ses avantages : « facilité d'administration, effets favorables dans certains cas spéciaux », il a ses inconvénients : « soulagement variable quand il est administré *à la reine*, diminution de la rétractibilité utérine, danger d'inertie utérine.

Avantages. — La cocaïne possède les avantages suivants : « soulagement absolu de la douleur à partir du moment de l'injection lombaire, augmentation des contractions, accélération du travail, augmentation de la rétractibilité utérine, perte de sang très minime ou nulle pendant la délivrance ».

Inconvénients. — Il faut pouvoir la faire avec une asepsie parfaite.

Une contre-indication, très nette résultant de la fréquence des contractions et qui existe dans tous les cas, semble devoir la faire exclure lorsqu'on doit pratiquer la version interne.

Dans l'analgésie telle que nous l'obtenons, il y a une sérieuse lacune : c'est que nous ne supprimons la douleur qu'à dater d'un moment déterminé jusqu'à la terminaison complète du travail il est vrai ; mais pour atteindre analgésiquement à ce point terminus désirable, il nous a fallu négliger, ou mieux, sacrifier la période de dilatation antérieure à l'instant précis de l'injection : cette phase reste douloureuse. A cette douleur variable, fortement ou faiblement ressentie, nous ne portons aucun remède. Jusqu'ici nous considérons que c'est beaucoup de pouvoir intervenir, alors que dejà le travail n'a pas encore produit ses plus grandes souffrances, et que la parturiente commence seulement à se lasser de la sourde torture qui l'énerve et semble la désespérer parfois, à la période de la moyenne dilatation.

Mais le dernier mot n'est pas dit, et les injections répétées nous réservent peut-être la solution complète du problème de l'accouchement indolore : en tous cas, chez la majorité des multipares, on peut considérer l'accouchement indolore par l'analgésie lombaire comme un fait acquis.

L'avenir montrera si cette méthode peut être d'une réelle utilité dans les hémorragies du travail, l'insertion vicieuse du placenta, l'accouchement provoqué prématurément, etc.

Statistique

Nombre de femmes	25
Primipares	10
Multipares	15
II pares	4
III pares	6
IV pares	1
V pares	1
VI pares	2
VII pares	1

Particularités

1 accouchement gémellaire
1 siège complet.

Dystocie

1 fœtus hydrocéphale.....	O. M.	15,5
	O. F.	13,2
	B. B.	10,3

1 rigidité pathologique du col.
1 insertion vicieuse du placenta.
1 hématome traumatique de la vulve datant de la veille de l'accouchement.

Opérations

Forceps: 4
1 application de forceps (Hydrocéphalie) 17.
1 — — (Défaut de rotation D. P; 2 tentatives en ville) 14.
1 — — (Insertion vicieuse du placenta; hémorragie arrêtée après l'injection de cocaïne).
1 — — ?? n° 1.
2 périnéorraphies 1 et 14.
4 curettages post abortum.

Moment de l'injection

Dilatation comme 2 f.....	2 fois.
— — 5 f.....	9 —
— petite paume de main.....	6 —
— grande paume de main.....	3 —
— complète, col non franchi.....	3 —
— dans l'excavation.....	2 —

Doses de la solution cocaïnique

7 milligrammes.....	3 fois.
1 centigramme.....	14 —
1 centigr. 1/2.....	2 —
2 centigrammes.....	4 —
Injections répétées.....	2 —
	25 fois.

Résultats

Bons résultats. Analgésie complète.....	21 fois.
Résultats incomplets.....	4 —
Dose insuffisante, 7 milligrammes pour un accouchement gémellaire 2.....	1 —
Injection prématurée chez des primipares (la dilatation étant comme 2 f.).....	2 —
Femme arrivée avec tête dans l'excavation, fœtus hydrocéphale. Diagnostic méconnu, expulsion très longue. Forceps.....	1 —

COUP D'ŒIL SUR LA THÉRAPEUTIQUE EN 1673

HYDROPISIES, PNEUMONIE, ALBUMINURIE GRAVIDIQUE, OPIACÉS, DRASTIQUES, SAIGNÉE, ETC., ETC.

Par A. Morel Lavallée
Médecin de l'Hôpital Tenon

RECONSTITUTION INTÉGRALE

D'UNE CÉRÉMONIE D'ADMISSION

Au Doctorat en Médecine à l'époque

Une première opération étant faite par les tapissiers qui préparent et décorent la salle, les procès-verbaux nous font voir, dans un deuxième tableau, l'entrée, au son de la *Marche de la Faculté de Médecine*, des professeurs et docteurs.

Le procès-verbal qui suit est en latin : *Le tiers au moins de ce texte est inconnu du public.*

Deuxième tableau. — *Des porte-seringue*, représentant les massiers, entrent les premiers. Après eux, viennent, deux à deux, les apothicaires avec des mortiers, les chirurgiens et les docteurs, qui vont se placer aux deux côtés de l'estrade. Le Président monte dans une chaire qui est au milieu, et le candidat, qui va être reçu docteur, se place dans une chaire plus petite, qui est au-devant de celle du Président.

Præses

Savantissimi doctores,
Medicinœ professores,
Qui hic assemblati estis;
Et vos altri messiores,
Sententiarum Facultatis
Fideles executores
Chirurgiani et apothicari,
Atque tota compania *aussi*,
Salus, honor, et argentum,
Atque bonum appetitum.

Non possum, docti confreri,
En moi satis admirari
Qualis bona inventio
Est medici professio;
Quam bella chosa est, et bene trovata
Medecina illa benedicta,
Quœ, suo nomine solo,
Surprenanti miraculo,
Depuis si longo tempore,
Facit *à gogo* vivere,
Tant de gens omni genere.

Per totam terram videmus
Grandam vogam ubi sumus;
Et quód, grandes et petiti,
Sunt de nobis infatuati.
Totus mundus, currens ad nostros remedios,
Nos regardat sicut deos;
Et nostris ordonnanciis
Principes et reges soumissos videtis.

Donc que *il est* nostræ sapientiæ,
Boni sensûs atque prudentiœ,
De fortement travaillare
A nos bene conservare
In tali credito, vogà et honore;
Et prendere gardam *à* non recevere
In nostro docto corpore
Quàm personas capabiles,
Et totas dignas remplire
Has plaças honorabiles!

C'est pour cela que nunc convocati estis;
Et credo quód trovabitis
Dignam matieram medici
In savanti homine *que voici*;
Lequel, in chosis omnibus,
Dono ad interrogandum,
Et à fond examinandum
Vestris capacitatibus.

Primus doctor

Si mihi licentiam dat dominus Prœses,
Et tanti docti doctores,
Et assistantes illustres, —
Très savanti bacheliero
Quem estimo et honoro,
Demandabo causam et rationem quare
Opium facit dormire.

Bachelierus

Mihi a docto doctore
Demandatur causam et rationem quare
Opium facit dormire.
A quoi respondeo,
Quia est in eo
Virtus dormitiva,
Cujus est natura
Sensus assoupire.

CHORUS

Bene, bene, bene, bene respondere!
Dignus, dignus est intrare
In nostro docto corpore.
Bene, bene respondere!

SECONDUS DOCTOR

Proviso quod non displiceat
Domino Præsidi, (*lequel n'est pas fat*), —
Mais benigne annuat,
Cum totis doctoribus savantibus
Et assistantibus bienveillantibus, —
Dicat mihi *un peu* dominus prætendens
Raison a priori et evidens
Cur rhubarba *et le séné*
Per nos semper *est ordonné*
Ad purgandum *l'*utramque *bile.*
Si dicit hoc, erit valde *habile.*

BACHELIERUS

A docto doctore mihi, qui sum prœtendens,
Demandatur *raison* a priori et evidens
Cur rhubarba *et le séné*
Per nos semper *est ordonné*
Ad purgandum *l'*utramque *bile.*
Respondeo vobis
Quia est in illis
Virtus purgativa
Cujus est natura
Istas duas bilas evacuare.

CHORUS

Bene. bene, etc.

TERTIUS DOCTOR

Ex responsis, *il paraît* jam sole clarius
Quod lepidum iste caput Bachelierus
Non passavit suam vitam ludendo *au trictrac*
Nec in prenendo *du tabac.*
Sed explicat *pourquoi* furfur macrum et parvum lac,
Cum phlebotomia et purgatione humorum
Appellantur a medisantibus *idolœ medicorum,*
Nec non pontus asinorum, — ...
... — *Si premièrement* gratat sit domino Præsidi
Nostra libertas quæstionandi, —
Pariter dominis doctoribus
Atque *de tous ordres* benignis auditoribus.

BACHELIERUS

Quærit a me dominus doctor
Chrysologos, id est, *qui parle d'or,*
Quare parvum lac et furfur macrum
Phlebotomia et purgatio humorum
Appellantur a medisantibus idolœ medicorum
Atque pontus asinorum. —
Respondeo quia
Ista ordonnando non requiritur magna scientia;
Et ex illis quatuor rebus
Medici faciunt ludovicos, pistolas *et des quarts* [*d'écus.*]

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

QUARTUS DOCTOR

Cum permissione domini Prœsidis,
Doctissimœ facultatis,
Et totius his nostris actis
Companiœ assistantis,
Demandabo tibi, docte bacheliere,
Quœ sunt remedia
Tam in homine quam in muliere
Quæ in maladia
Dite hydropisia,
In malo caduco, apoplexia, convulsione et paralysia
Convenit facere.

BACHELIERUS

Clysterium donare,
Posteà seignare,
Ensuità purgare.

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

QUINTUS DOCTOR

Si bonum semblatur domino Prœsidi,
Doctissimœ facultati
Et companiæ præsenti
Demandabo tibi, erudite bacheliere:
Ut *revenir un jour à la maison* gravis œgre
Quœ remedia colicosis, fievrosis,
Maniacis, nephriticis, phreneticis,
Melancholicis, dæmoniacis,
Asthmaticis atque pulmonicis,
Catharrosis, tussicolosis,
Guttosis, ladris atque gallosis
In apostemosis, plagis et ulcere
Omni membro *démis*, aut *fracturé*,
Convenit facere.

BACHELIERUS

Clysterium donare
Postea seignare
Ensuita purgare

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

SEXTUS DOCTOR

Cum bona venia reverendi Prœsidis,
Filiorum Hippocratis,
Et totius coronæ nos admirantis,
Petam tibi, resolute Bacheliere,
Non indignus alumnus *di Montpeliere*,,
Quœ remedia, surdis, mutis
Manchotis, claudis, atque omnibus estropiatis
Pro coris pedum, malum *de* dentibus, pesta, rabie,
Et nimis magna commotione in omni *novo marié*
Convenit facere.

BACHELIRUS

Clysterium donare
Postea seignare
Ensuita purgare

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

SEPTIMUS DOCTOR

Super illas maladias
Doctus bachelierius dixit maravillas;
Mais si non ennuyo dominum Præsidem,
Doctissimam facultatem,
Et totam companiam honorabilem
Tam corporaliter quam mentaliter hic presentem

Faciam illi unam quœstionem:
Dès hiero maladus unus
Tombavit in meas manus,
Homo qualitatis, et dives *comme un Crésus*.
Habet grandam fievram, cum redoublamentis,
Grandam dolorem capitis,
Cum troublatione spiriti et laxamento ventris;
Et grandum malum *au côté*,
Cum granda difficultate
Et pena *à* respirare.
Veillas mihi dire,
Docte bacheliere,
Quid illi facere?

BACHELIERUS

Clysterium donare
Posteà seignare
Ensuità purgare

IDEM DOCTOR

Mais si maladia
Opiniatria,
Ponendo medicum *à quià*
Non vult se garire,
Quid illi facere?

BACHELIERUS

Clysterium donare
Postea seignare
Ensuita purgare;
Reseignare, repurgare et reclysterisare.

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

OCTAVUS DOCTOR

Impetro favorabile *congé*
A domino Prœside
Ab electa trouppa doctorum
Tùm practicantium quàm practica avidorum
Et a curiosa turba badaudorum,
Ingeniose bacheliere,
Qui non potuit esse *jusqu'ici déferré*,
Faciam tibi unam quæstionem de importantia:
Messiores, detur nobis audientia!
Isto die bene mane,
Paulo ante *mon déjeuner*,
Venit ad me una domicella,
Italiana, *jadis* bella,
Et ut penso, *encore un peu* pucella,
Quœ habebat pallidos colores,
—(«Fievram blançam» dicunt magis fini doctores)—
Quia plaignebat se de migraina,
De curta halena
De granda oppressionne,
Jambarum enflatura, et effroyabili lassitudine,
De batimento cordis,
De strangulamento matris,
Alio nomine vapor *hystérique*,
Quœ, sicut omnes maladiæ *en ique*
Fecit *à Galien la nique*.
Visagium apparebat bouffictum, et coloris
Tantum vertœ quantum merda anseris.
Ex pulsu petito, valde frequens, et urina mala,
Quam apportaverat in phiola,
Non videbatur exempta *de febricule*:
Au reste, tam debilis quod venerat
De son grabat.
In cavallo *sur une mule*,
Non habuerat menses suos
Ab illa die quœ dicitur *des grosses eaux*;
Sed contabat mihi *à l'oreille*
Que si non erat morta, *c'était grand merveille*,
Perchè, in suo negotio,
Era un poco d'amore, et troppo di cordoglio (1);
Che suo galanto senera andanto in Allemagna,
Servire al signor Brandebourg una campagna.
Usque ad *maintenant* multi charlatani
Medici, apothicari et chirurgiani
Pro sua maladia in vano travaillaverant,
Juxta *même* las novas gripas istius *bourru Van Hel-*
Amploiantes ab oculis cancri ad Alcahest; [*mont*
Veuillas mihi dire quid superest
Justa orthodoxas illi facere.

BACHELIERUS

Clysterium donare
Postea seignare
Ensuita purgare

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

IDEM DOCTOR

Mais si tam grandum couchamentum
Partium naturialum
Mortaliter obstinatum
Per clysterium donare,
Seignare,
Et reiterando *cent fois* purgare,
Non potest se garire,
Finaliter quid trovaris *à propos* illi facere?

BACHELIERUS

In nomine Hippocratis, benedictam cum bono
Conjonctionem imperare. [garçone

CHORUS

Bene, bene, bene, etc.

PRŒSES

Juras gardare Statuta
Per Facultatem prœscripta,
Cum sensu et jugeamento?

BACHELIERUS

Juro.

PRŒSES

Essere, in omnibus
Consultationibus
Ancieni aviso,
Aut bono
Aut mauvaiso?

BACHELIERUS

Juro.

PRŒSES

De non jamais te servire
De remediis aucunis,
Quàm *de ceuss' seulement* Almœ Facultatis,
Maladus *dût-il* crevare
Et mori de suo malo?

(1) Cordoglio, id est *mœstitia*. N. d. l. R.

BACHELIERUS

Juro.

PRŒSES

Ego, cum isto boneto,
Venerabili et docto,
Dono tibi et concedo
Puissanciam, virtutem, atque licentiam
Medicinam cum methodo faciendi,
Id est:
Clysterisandi,
Seignandi,
Purgandi,
Sangsuandi
Ventousandi,
Scarificandi,
Perçandi,
Taillandi,
Coupandi,
Trepanandi,
Brulandi;
Uno verbo, *selon les formes,* atque impune,
Parisiis et per totam terram. [occidendi,
Rende, Domine, his Messioribus gratiam!

Puis, dans une troisième partie de la séance, les chirurgiens et les apothicaires viennent processionnellement s'incliner devant le nouveau docteur.

NOVUS DOCTOR

Grandes doctores doctrinæ
De la rhubarbe et du séné,
Ce serait sans doute à moi chosa folla,
Inepta et ridicula
Si j'allaibam m'engageare,
Vobis louangeas donare,
Et entreprenoibam ajoutare
Des lumieras *au* soleilo,
Des étoilas *au* cielo,
Des flammas *a l'*inferno,
Des ondas *à l'*oceano
Et des rosas *au* printano.
Agreate *qu'avec* uno moto
Pro toto remercimento
Rendam gratiam corpori tam docto.
Vobis, vobis, vobis debeo
Bien plus qu'à naturæ *et qu'à* patri meo :
La Natura et pater meus
Habent me hominem factum:
Mais vos me, *ce qui est bien plus,*
Avetis factum medicum :
Honor, favor et gratia,
Qui, in hoc corde *que voilà,*
Imprimant ressentimenta,
Qui dureront in secula.

CHORUS

Vivat, vivat, vivat, vivat, *cent fois* vivat
Novus doctor qui tam bene parlat
Mille, mille annis, et manget et bibat
Et saignet, et tuat!

(Tous les chirurgiens et les apothicaires dansent au son des instruments, des voix, et des battements de mains, et des mortiers d'apothicaires.)

PRIMUS CHIRURGUS

Puisse-t-il voir doctas
Suas ordonnancias
Omnium chirurgorum
Et apothicarum
Remplire boutiquas!

CHORUS

Vivat, vivat, vivat, vivat, *cent fois* vivat
Novus doctor qui tam bene parlat!
Mille, mille annis, et manget et bibat,
Et saignet, et t at!

SECUNDUS CHIRURGUS

Puissent toti anni
Lui essere boni
Et favorabiles,
*Et n'*habere *jamais*
Entre ses mains, pestas, epidemias,
Quœ sunt malas bestias,
Mais semper pleuresias, pulmonias,
In renibus et vessià pierras,
Rhumatismos *d'un* anno, et omnis generis fievras,
Fluxus *de* sanguine. gouttas diabolicas,
Mala de sancto Joanne, Poitevinorum colicas,
Scorbutum de Hollandià, verolas parvas et grossas,
Bonos chancros, atque longas CALIDOPISSAS.

CHORUS

Vivat, vivat, vivat, vivat, *cent fois* vivat,
Novus doctor qui tam bene parlat!
Mille, mille annis, et manget et bibat
Et saignet, et tuat!

Pendant que le dernier chœur se chante, les médecins, les chirurgiens et les apothicaires sortent tous, selon leur rang, en cérémonie, comme ils sont entrés.

Tout le monde a évidemment reconnu, dès les premiers vers, la 3e Entrée de ballet du *Malade Imaginaire*, partout appelée la *Cérémonie du Malade*. Une fois passé le premier étonnement éprouvé devant cette réimpression, de prime abord inexplicable, le lecteur se sera vite aperçu que ce n'était plus là la cérémonie telle qu'il l'avait lue dans le Molière de sa bibliothèque, et pas davantage celle que lui servent, dans les soirées de gala, par exemple au Mardi-Gras, les *Comédiens ordinaires de* M. Loubet. Le texte que j'ai la bonne fortune d'offrir ici au public, comporte d'abord environ cent cinquante vers de plus que les éditions courantes; mais en outre, j'y ai puisé en maint endroit de quoi faire de nombreuses corrections ou additions; et enfin, ces pages inédites se complètent elles-mêmes souvent au moyen des passages classiques.

D'après les documents que j'ai devant les yeux, le texte que je viens d'exhumer n'avait été imprimé qu'une seule fois dans une traduction de Molière éditée en 1697, à Leipzig, en langue italienne; mais cette opinion fut infirmée par la découverte, faite de nos jours, d'un exemplaire, probablement unique, du *Malade*, édité à Rouen, en date du 24 mars 1673, et où les passages en question se trouvaient déjà figurer, vingt-quatre ans, par conséquent, avant que l'édition saxonne ne vît le jour.

La *Revue des Deux-Mondes* publia, en 1846, les cent-cinquante vers qui constituaient le principal de cette découverte; mais on n'osa, dans un journal *non médical*, imprimer, même en latin, certains vers renfermant précisément pour nous, médecins, les plus réjouissantes énormités; enfin les deux textes, ancien et nouveau, n'avaient pas été collationnés de façon à constituer, par *emboîtement réciproque*, une édition qui contînt sans discussion le total des vers revenant, en somme, assez authentiquement, à cette poésie burlesque. Ce texte totalisé, reconstitué par synthèse, et au profit duquel je crois pouvoir revendiquer à bon droit le *ne varietur* sacro-saint, méritait donc sans discussion de voir le jour dans son entier; et nulle autre publication ne m'a semblé n'avoir autant qu'un journal de médecine, et un journal de thérapeutique, qualité pour revendiquer l'honneur de cette publication. C'est bien là la vengeance qui convenait à la Médecine à l'égard du grand homme : un nouveau tribut d'admiration élevée vers lui du sein de notre corporation aura pour avantage de faire une fois de plus constater ceci : l'ensemble des médecins, conscient de son honorabilité, fort de la probité qui préside chez tous ses membres, autant dans les travaux et recherches scientifiques que dans la pratique courante consacrée à l'assistance et au soulagement de l'humanité, ne songe point à défendre les ridicules ou les délits pouvant être le fait de quelques unités perdues dans son sein; loin de là, nous sommes des premiers à rire des plaisanteries auxquelles peuvent donner lieu les nombreuses lacunes existant forcément dans la pratique de notre art. Nous ne pouvons être, comme dans les mathématiques, guidés par des théorèmes préexistants de toute éternité; une science d'observation est un édifice qui se construit au fur et à mesure des matériaux fournis par l'expérience de chaque jour; elle est en gestation perpétuelle, en marche vers une perfection qu'elle ne saurait jamais attendre. Aussi, loin de s'en fâcher, la médecine n'a-t-elle à l'endroit des critiques qu'une souriante gratitude, à laquelle va s'ajouter, dès qu'elle se voit pour adversaire Molière au lieu de Zoïle, une sincère et enthousiaste admiration.

Faut-il, avec quelques censeurs solennels, voir simplement dans la « Cérémonie Bouffe » qui précède, une farce de médiocre aloi, qui ne soit pas à conserver, et qu'eût déjà, au moment même, rejetée celui qui,

> Dans le sac ridicule où Scapin s'enveloppe
> Ne reconnaissait plus l'auteur du Misanthrope ?

Je n'en crois rien; d'abord il est bien rare de voir l'un des grands génies dont l'humanité s'honore, ouvrir la bouche ou prendre la plume sans qu'il sorte rien de là dont la pensée humaine puisse faire son profit.

Les Anciens avaient plus de respect pour ceux que leur mort dans la pourpre, ou une vie glorieuse avaient mis en passe de « devenir dieux ». Jupiter ne pouvait parler, fut-ce pour acquiescer, — ne pouvait faire signe que oui, — sans faire trembler le monde.

> *Annuit, et totum nutu perterruit orbem,*
> Et tremblait aussi le Ciel lui-même..., *nutu tremefecit Olympum.*

Je viens de relire par deux fois ces strophes latines aux désinences burlesques, avec leurs barbarismes mirifiques; je suis resté confondu de l'enseignement que l'on peut

tirer de quelques pages écrites même dans le genre bouffon, lorsqu'à la fin doit se lire le nom d'un de ces génies dont la cérébralité est le produit de toute une époque, et que l'Immanence a chargés de penser pour tout le monde, je veux dire pour le commun des hommes, qu'ils dirigent (*quippe quæ mentes molem agitantes*) à leur insu, aussi bien qu'à l'insu de la foule elle-même.

Ceux qui auront le loisir de parcourir les quelques considérations qui vont suivre, seront, je pense, de mon avis.

La Réception Bouffe de « J. B. Molière, *Doctoris Comici* », fut imaginée dans un souper chez Mme de la Sablière, où la fameuse Ninon, la Fontaine et Despréaux, étaient avec Molière. L'érudition du grand Comique, sa connaissance profonde de l'homme, et en particulier du médecin — et même aussi jusqu'à un certain point des *choses de la médecine*, — s'y montre fréquemment, à l'occasion de détails infimes; comme aussi on le voit se jouer avec une manifeste aisance des difficultés et des finesses de la langue latine, dont la syntaxe, les moindres délicatesses sont, sinon respectées, du moins indiquées ou pressenties, alors même que l'auteur semble les offenser le plus gravement dans sa verve de néologisme, en apparente contradiction avec ce qui précède. C'est que, ce latin dont il se sert, en violentant au premier aspect syntaxe et terminologie, il le possède à fond et merveilleusement. Ce grand homme avait certainement le don des langues; sans parler des nombreux patois qu'il met dans la bouche de ses personnages (par exemple dans *M. de Pourceaugnac*), quoi de plus étincelant ou de plus gracieux que ces intermèdes ou ballets italiens, qui tiennent souvent lieu de prologue à ses comédies, tandis qu'ailleurs, ce sont les dialectes à demi-barbares des côtes méditerranéennes qu'il emploie! Et voilà le *sabir* qui n'a plus de secrets pour lui, le *sabir*, cet étrange et composite mélange de verbes à racines espagnoles et désinences turques, de mots arabes, gênois, maltais, etc., qui se parle depuis les Iles Baléares jusqu'aux Echelles du Levant (1). Et alors qu'il entend faire une parodie de poésie, ou au moins œuvre de versification funambulesque, voici que la facilité de l'auteur à écrire suivant le mode poétique est telle qu'elle reparait malgré lui; que cette contrefaçon de vers se trouve inconsciemment constituer des séries de lignes sonores, régulièrement scandées, pourvues de rimes irréprochables à l'oreille, obéissant toutes au même rythme et coupées, à intervalles voulus, par la solennité du mètre alexandrin; et tout cela, par endroits, avec un tel art et une telle perfection euphoniques, que l'œil ou l'oreille s'abandonnent jusqu'à en éprouver la vive impression qui nous reste, après la lecture ou l'audition d'un drame passionnant écrit dans une langue étrangère que nous ne parlons pas. Que les beaux vers en soient interprétés avec âme par des artistes hors de pair, incompris dans le détail, mais émouvants, avec les chaudes sonorités d'une langue méridionale qui se prête aux déclamations vibrantes, ils n'en communiqueront pas moins à l'auditoire cette irrésistible émotion, difficile à expliquer, qui le laissera sous le charme. Pareil phénomène s'est précisément produit sous mes yeux à l'occasion de la scène qui nous occupe, — mais avec toutes les différences qui séparent le haut comique de la grande tragédie.

Il faut ajouter, pour terminer, que nous trouverons dans ces strophes joyeuses semées ça et là, de curieuses indications chronologiques ou autres, sur tel ou tel usage médical ou social que nous eussions ignoré autrement.

Ces pages sont extraites d'une très curieuse brochure en préparation, intitulée : *Coup d'œil sur la Thérapeutique en 1673 (Hydropisies, pneumonie, etc.) suivi d'une courte étude sur le langage d'alors et la langue scientifique, sur les rapports de Louis XIV avec les savants de l'époque, etc.*, dont notre excellent collaborateur, le Dr Morel-Lavallée, a bien voulu extraire ce fragment et le donner en primeur aux lecteurs de la *Revue de Thérapeutique*.

(1) Voyez, in *Le Bourgeois gentilhomme*, la consécration du « Mamamouchi ».

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 28 Novembre 1900

Présidence de M. HUCHARD

M. le Pr Cervello de Palerme présente une note sur *l'action des métaux lourds sur l'hémoglobine*; de nombreuses expériences lui ont démontré que l'urohémoglobine augmentait chez les animaux dans une proportion de 12 à 15 0/0 sous l'influence de métaux lourds (sulfates de zinc, cuivre, etc). Ces sels sont plus actifs que l'hémol p. ex.

M. Cautru présente une note concernant *l'acidité urinaire dans la neurasthénie et son traitement par l'acide phosphorique*, et conclut à ce qu'il faut distinguer entre :

1° La *neurasthénie primitive*, véritable névrose (cause morale, surmenage nerveux), dont les manifestations pathologiques ont pour cause l'hypoacidité générale, d'origine centrale, avec phosphaturie alcaline, puis hypophosphatie;

2° Des *états neurasthéniques* on neurasthénie secondaire, qui sont l'aboutissant d'une déphosphatation plus ou moins profonde de l'organisme et reconnaissent pour cause un fonctionnement défectueux gastro-hépatique, l'hypoacidité le plus souvent, quelquefois l'hyperacidité pouvant en être le point de départ.

Le traitement de la maladie de Béard et des états neurasthéniques doit être basé sur leur pathogénie.

Le bicarbonate de soude à hautes doses agit fort bien dans certains cas, quand les urines du matin sont hyperacides. Lorsque l'urine des vingt-quatre heures seule est hyperacide, ou que l'urine à jeun est influencée par les acides de fermentation digestive, on donnera des alcalins insolubles une heure et demie à deux heures après les repas (carbonates de chaux ou de magnésie).

Le bicarbonate de soude à petites doses peut agir même dans certains cas d'hypoacidité en stimulant un foie torpide ou un estomac hypochlorhydrique.

Mais le tratement de choix de l'hypoacidité neurasthénique consiste dans l'emploi du phosphore et des phosphates (phosphore, acide phosphorique, phosphates acides) dans le triple but de rétablir l'acidité normale, de supprimer la phosphaturie et de remplacer dans les cellules les phosphates éliminés.

L'auteur prescrit l'acide phosphorique anhydre dissous dans l'eau de façon à ce qu'il marque 37°,5 au pèse-acide Baumé, soit en gouttes, en se basant sur ce que 25 gouttes font un gramme d'acide anhydre; soit en solution à 65 grammes par litre d'eau, 8 cuillérées à café faisant ainsi 1 gramme d'acide anhydre. On peut le mettre dans toutes les boissons sauf le lait. A cause de l'acidité, il est difficile de mettre plus de 10 gouttes (soit 3 cuillérées à café) dans un verre d'eau sucrée.

Les doses sont variables selon les individus : la moyenne est de 3 à 12 cuillérées à café par jour, c'est-à-dire de 1 gr. 50 d'acide anhydre. Mais on peut dépasser de beaucoup ses doses : un certain nombre de malades prennent depuis plus de trois mois de 100 à 150 gouttes par jour.

Certains sujets ne supportent pas aussi bien la médication ; mais ces cas sont rares et les seuls inconvénients sont: de la céphalée, une légère griserie, des névralgies viscérales, principalement de certains organes habituellement congestionnés chez le malade. Dans les cas de sclérose hépatique, la diarrhée peut survenir et l'albuminurie augmenter en cas de lésions rénales.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la malaria (*Deutsche med., Wochenschrift*, 20 novembre 1900). — Nous retenons du rapport de ZIEMANN de Cameroon, ce qui a trait à la thérapeutique du paludisme.

Il n'est jamais nécessaire de dépasser 2 gr. de quinine par jour, et il faut l'administrer si possible 5 à 6 heures avant le début de l'accès. Les injections intramusculaires seront utilisées chaque fois que le tube digestif présentera de l'intolérance. Il faut se garder de la règle qui veut qu'on ne donne pas de quinine aux malades dépassant 38° : il arrive souvent, au début du paludisme, que la température ne descende jamais à ce degré. Chez les sujets atteints depuis longtemps, cette règle doit au contraire être observée, car elle met à l'abri de la fièvre bilieuse hématurique. L'euquinine doit être préférée quand on a affaire à des malades sensibles. Le bleu de méthylène ne saurait être utilisé comme prophylactique dans les pays tropicaux, car il provoque de l'anorexie, complication dangereuse chez des sujets déjà affaiblis par le climat. L'emploi de la quinine comme prophylactique doit être minutieusement individualisé, en prenant pour base une dose de 0 gr. 50 tous les quatre jours, le matin à jeun. Il est certain qu'on ne met pas entièrement le personnel à l'abri par cette pratique, mais il est indubitable que les accès sont moins graves dans ces conditions.

L'auteur recommande de ne construire des habitations pour les Européens qu'à une distance d'au moins 1.200 mètres des habitations des indigènes : les moustiques, qui pullulent dans ces dernières, ne franchissent jamais des distances aussi considérables.

LESAGE.

Un cas de tétanos aigu traumatique traité avec succès par le sérum antitétanique, par SYDNEY (*British Medical Journal*, 24 novembre 1900). — Ce cas de tétanos est apparu chez un enfant de 13 ans, à la suite d'une blessure du pied, cinq jours après le traumatisme. A son entrée à l'hôpital il présentait une contracture assez marquée, mais non complète des masséters ; son visage avait une expression sardonique : la contracture s'étendait aux mains, aux muscles abdominaux, à la colonne vertébrale et aux membres inférieurs. Les réflexes superficiels et profonds étaient exagérés, la température était de 100°6 Fahrenheit : le pouls battait 100 à la minute, l'urine ne contenait ni sucre, ni albumine. La déglutition était facile, Une première injection sous-cutanée de sérum 10 cc. fut pratiquée, mais causa un spasme généralisé ; les doses suivantes furent injectées toutes les quatre heures, et sous la narcose chloroformique pour éviter les spasmes, douze doses furent ainsi administrées. Le traitement fut continué avec des *injections rectales* de sérum, jusqu'à concurrence de 680 cc. en tout pendant une période d'environ huit jours. Le seul accident observé fut un érythème ortié siégeant autour d'un point d'inoculation. La guérison fut progressive. Le sérum employé fut le sérum antitétanique de Davis et Cie.

Cette observation est d'un très grand intérêt, elle montre la possibilité d'obtenir la guérison du tétanos sous l'influence de doses massives de sérum, sans avoir recours à l'injection intracérébrale.

P. SAINTON.

Abcès de fixation et de neutralisation (*l'Echo médical de Lyon*, n° 9, 1900). — On sait les intéressantes communications faites au Congrès de médecine de Paris par M. A. FOCHIER (de Lyon); les vues présentées par cet auteur sont grosses de conséquences thérapeutiques et peuvent s'exprimer ainsi : dans les infections généralisées capables de devenir pyogènes à un moment donné, alors que la maladie n'a pas encore provoqué de lésions nettement localisées, la provocation artificielle d'un abcès peut améliorer brusquement l'état morbide en 12 à 6 heures, alors que le phlegmon artificiel est loin d'avoir atteint tout son développement. Il est donc tout naturel, par contre, de songer à l'amélioration spontanée qui suit, dans certains états, une localisation déterminée. Mai il est

clair que cette façon de forcer le processus naturel de défense demeurerait purement spéculative, si l'auteur n'avait obtenu quelques succès par ses expériences. Il se résume ainsi :

I. Dans les maladies infectieuses, avec ou sans localisations capables de se généraliser et de devenir pyogènes, pour peu que le pronostic soit douteux, il faut provoquer un abcès artificiel par l'injection sous-cutanée d'un liquide irritant.

II. Le liquide le mieux approprié paraît être l'essence de térébenthine épaissie par vieillissement.

III. L'injection d'un centimètre cube par piqûre est toujours suffisante, sauf le cas d'épidémie grave (peste).

IV. Si la réaction locale ne se produit pas au bout de 12 heures, il faut faire des piqûres renouvelées toutes les 12 heures, jusqu'à obtention d'une inflammation bien nette.

V. Le lieu d'élection paraît être le flanc, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes, ou la peau du ventre, dans les régions latérales. Les seuls inconvénients sont des cicatrices par destruction du derme.

VI. Ceci est la clause principale : les abcès ne doivent être ouverts que si l'état morbide paraît jugulé, ou si, un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Dans ce cas, il ne faut ouvrir que les abcès précédant le dernier établi. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en provoquer un autre avant cette ouverture, si la maladie persiste.

VII. Les abcès, quoique aseptiques, peuvent être infectés très facilement, une fois évacués. Aussi les faut-il panser avec beaucoup de soin, en s'abstenant toutefois d'injections dans leur cavité.

La répétition des abcès et leur non-ouverture est une des recommandations primordiales de l'auteur de cette méthode.

A. Benoit.

Action des courants de Haute Fréquence sur la Tuberculose Expérimentale, par Lagriffoul et Denoyès (*Archives d'Electricité médicale expérimentale et clinique*, 15 novembre 1900). — D'Arsonval et Charrin ont montré que la haute fréquence pouvait atténuer les toxines pyocyaniques et diphtériques. Dubois a obtenu le même résultat avec les toxines du streptocoque. Bonome, Viala et Casciani ont confirmé ces observations. En ce qui concerne la tuberculose, les premiers essais vraiment importants ont été faits par Doumer, Oudin, Gaudil et Rivière. Les auteurs ont traité deux lots de cobayes, l'un par l'effluve, l'autre par l'auto-conduction à l'aide du résonateur Oudin ; sur ces deux lots, une partie des animaux a été traitée dès le jour de l'inoculation, l'autre après l'apparition des ganglions.

Dans le premier lot (cobayes inoculés et soumis aussitôt à l'effluve) les cobayes qui ont retiré un bénéfice réel du traitement sont ceux qui ont été soumis au traitement le moins intensif ; ceux qui ont été traités par l'auto-conduction ont retiré un bénéfice réel comparable à celui qu'à donné l'effluve modérée.

Dans le deuxième lot (les cobayes soumis à l'électricité après les premiers ganglions) l'influence de l'effluve modérée s'est montrée bienfaisante, tandis que l'action de l'auto-conduction s'est montrée inférieure.

Quelqu'ait été le mode de traitement, effluve ou auto-conduction, les ganglions ont été moins volumineux que chez les cobayes témoins : il semble donc que sur l'adénopathie le traitement électrique ait exercé une influence manifeste.

P. Sainton.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Linite plastique ; pylorectomie, guérison, par M. M. Brissaud et Delbet (*Clin. de l'Hôtel-Dieu*, nov. 1900). — Dans un savant article, M. Brissaud rapporte et commente une observation de *maladie fibreuse du pylore linite plastique* (tissu de lin, *rete ex lino factum*) opérée par M. Delbet et ayant guéri contre son attente. Quoique Andral lui-même ait parfaitement décrit la maladie, c'est Brinton qui a proposé et fait accepter le nom de *linite plastique*. C'est proprement, comme l'a dit Handfield, une *sclérose fibroïde des tissus sous-jacents à la membrane muqueuse*, autrement dit de la tunique cellulaire sous-muqueuse. C'est l'hypertrophie de cette couche sous-muqueuse qui constitue cliniquement la *tumeur du pylore*.

La question est de toute actualité, de toute importance. La littérature médicale est pleine de la relation des cas de tumeurs appréciables au dehors, simulant à s'y méprendre le *squirrhe du pylore* et guérissant, soit spontanément, à la suite d'une modification heureuse des parois stomacales, soit à la suite d'une intervention. Le fait est donc bien établi aujourd'hui et il ne nous reste plus qu'à suivre les auteurs qui, à l'exemple de M. Brissaud, s'efforcent de tracer un diagnostic différentiel pour reconnaître les tumeurs bénignes : au début, dit-il, la maladie consiste en une dyspepsie qui simule la gastrite chronique ; cependant, il y a peu d

pituites matinales. Des vomissements surviennent bientôt : ils sont composés d'aliments en grande partie *digérés*. Il s'établit bientôt une *pâleur extrême* faisant songer à la *forme anémique du cancer* (Hayem), sans hématémèse, sans melœna. Pourtant, l'*appétit se maintient*, ce qui est fort important. Les membres inférieurs peuvent être infiltrés d'*œdème*, sans que les autres signes de cachexie se manifestent. Enfin, dans la région pylorique, apparaît la *tumeur*, donnant la sensation d'un épaississement de la paroi, sans limites précises plutôt que d'une masse bosselée L'estomac est plutôt rétracté que dilaté, car il peut y avoir *linite totale*, avec ou sans rétropéritonite calleuse. La paroi demeure donc inextensible. L'auteur insiste sur la très grande *fixité* qui en résulte au sujet du siège, par opposition à la mobilité des tumeurs cancéreuses de cet organe. C'est toujours dans l'hypochondre droit que se fixe le pylore atteint de linite plastique. Comme conclusion clinique, on n'a à s'occuper de la maladie que lorsqu'elle aboutit à la *sténose complète du pylore*. La *pylorectomie* donne alors de meilleurs effets que la gastro-entérostomie. Dans le cas de M. Brissaud, l'examen histologique a révélé la présence de traînées épithéloïdes dans la sous-muqueuse. La tumeur est-elle susceptible de subir la transformation cancéreuse ? C'est ce que l'on n'a pas encore bien déterminé.

A. Benoit.

Traitement des fractures de jambes (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, par S. Duplay). — En présence d'une difficulté sérieuse de réduction de fracture de jambe, il n'est aucun praticien qui n'ait été embarrassé pour la question de l'opportunité du chloroforme. Le conseil suivant, donné par Duplay dans une récente clinique viendra en aide à plus d'un chirurgien.

Lorsqu'il y a un *déplacement* plus ou moins considérable et que la contracture musculaire oppose un obstacle sérieux à la réduction, il faut placer le membre blessé dans la flexion, la cuisse fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse et le pied en extension sur la jambe, de façon à mettre tous les muscles dans le relâchement. Un aide fait la *contre-extension* sur la cuisse, avec les deux mains entrecroisées au dessus du creux poplité, tandis qu'un second aide, embrassant d'une main le talon et de l'autre le dos du pied, pratiquera l'*extension*. Le chirurgien n'aura donc qu'à faire la *coaptation*, c'est-à-dire à diriger des pressions au niveau de la fracture en sens inverse du déplacement des fragments, pressions qui seront maintenues pendant l'application de l'appareil plâtré Cet appareil sera toujours amovible, pour pouvoir lutter contre l'atrophie musculaire par le massage, suivi d'une nouvelle immobilisation du membre.

A. Benoit.

Deux cas d'hydarthrose chronique du genou traités par la méthode de Schede (de Hambourg), par M. Fourrier (*Arch. méd. Belges*, novembre 1900). — L'auteur rapporte le cas de deux cavaliers qui avaient subi un traumatisme du genou et avaient eu à la suite des épanchements persistants. Il les a traités par la *ponction* et l'injection phéniquée à 5 0/0, suivant la méthode de Schede. On connaît le manuel opératoire; désinfection très minutieuse, enveloppement humide préopératoire, ponction avec le trocart à hydrocèle de gros calibre, pour permettre aux grumeaux de s'écouler, en choisissant de préférence le *cul-de-sac supéro externe*, s'assurer par des mouvements latéraux que la pointe est libre dans l'article. Puis, l'articulation vidée, avec un irrigateur stérilisé, on fait écouler de 3 à 4 litres d'eau phéniquée en la laissant ressortir de temps en temps et faisant des malaxations et de l'expression de l'articulation. Éviter de laisser entrer de l'air dans l'articulation, plutôt pour ne pas avoir de poche à air, gênant l'action du liquide, que par crainte d'accidents sérieux. Occlusion et immobilisation prolongée pendant plusieurs jours, puis, mouvements passifs et enfin actifs. Mais, et ceci est de toute importance, prescrire de longues semaines après, un repos presque total. En effet, les cas ci-dessus opérés ont donné des résultats immédiats excellents en ce sens que le liquide s'est tari et que le choc rotulien a disparu, mais les opérés n'ayant pas observé le repos nécessaire, il y a eu deux récidives. C'est du moins à cette cause que l'auteur attribue la rechute après trois mois de guérison.

On sait que l'*arthrotomie*, comme le fait observer Millaux, n'est pas supérieure à la ponction suivie d'injection, tout en étant plus difficile. Aussi pour les cas rebelles à l'injection phéniquée, ne demeure-t-il qu'une seule ressource : l'*arthrectomie* avec extirpation de la synoviale.

A. Benoit.

Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales et crurales par le procédé de la myoplastie, par le Dr Ed. Schwartz (XIIIe *Congrès internat. des Sc. Méd.* Paris, 1900). — *Myoplastie inguinale*. — Après la résection du sac et sa ligature le plus haut possible, incision de la gaine du droit antérieur de l'abdomen ; formation d'un lambeau musculaire à pédicule inférieur, qui est insinué à travers une boutonnière passant en arrière du pilier interne,

dans le canal inguinal, puis suturé en haut au petit oblique, en bas à l'arcade crurale. Ce lambeau musculaire renforce en bas et continue le pilier du petit oblique et du transverse ; il reconstitue la paroi intérieure du canal inguinal. Par dessus l'on suture les piliers du grand oblique, puis la peau.

Myoplastie crurale. — Pour la hernie crurale, une fois la résection et ligature faites, on ouvre la gaine du moyen conducteur, on en tire un lambeau musculaire à pédicule supérieur, qu'on tient et suture à l'arcade crurale et au tissu cellulo-adipeux qui se trouve en dedans de la veine crurale. Par dessus réunion de la peau.

Ce procédé n'était applicable qu'aux hernies de faiblesse, à celle où les tissus aponévrotiques et musculaires de la peau sont dissociés, mauvais pour la réfection. Aussi l'auteur n'a-t-il mis en pratique cette manière de faire que soixante-trois fois depuis sept ans, sur près de cinq cents hernieux qu'il a opérés. Pour toutes les hernies inguinales à conditions ordinaires, il a toujours mis en usage le procédé de Bassini ou plutôt celui de l'abaissement du plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse.

Pour les hernies crurales petites ou moyennes, à anneaux peu dilatés, il a suturé l'anneau quand cela était possible, ou renforcé l'anneau avec une bande de tissu fibreux formant lambeau à la périphérie.

Il a opéré par la myoplastie soixante-trois hernies inguinales et crurales depuis 1893.

Il a pu revoir actuellement une quinzaine de ses opérés. La plupart étant des malades d'hôpital, échappent ensuite à l'observation, avec cette réserve toutefois qu'en général, lorsque les choses ne vont pas, ils savent très bien retrouver l'opérateur.

Les opérés de hernie inguinale, qui, presque tous, sauf un, avaient des hernies remarquables par la faiblesse de la paroi, la largeur des anneaux, la laxité des aponévroses, sont tous restés guéris, sauf un qui a eu une récidive à la suite d'une chute dans un escalier qui a amené une déchirure de la région, tous faisant des métiers de force, travaillant sans porter de bandage et sans rien ressentir d'anormal du côté du muscle auquel on a enlevé le lambeau. Aucun ennui, aucune faiblesse.

Les guérisons datent : 1 de 7 ans, 2 de 5 ans, 1 de 4 ans, 2 de 2 ans 1/2, une de 2 ans à peu près. On peut les considérer comme définitives ; un porte un bandage pour une hernie du côté opposé, non opéré.

Des opérés de hernie crurale, l'auteur n'a pu en revoir que 3 dont 2, opérés depuis 5 et 4 ans, exercent leur profession sans aucun inconvénient. Chez le 3e, qui était venu le retrouver depuis, une hernie s'est reproduite, mais sa paroi est d'une faiblesse extrême, c'est au-dessus de l'arcade qu'elle paraît passer, plutôt que par l'anneau crural.

En résumé, le procédé de la myoplastie paraît donner des résultats excellents, durables et mérite d'être employé toutes les fois que les conditions requises se présenteront.

Trois cas d'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique avec quelques considérations sur l'opération, par Burghard (*68e Congrès de « British Medical Association »*, à Ipwich). — Dans ce travail sont rapportées trois observations d'ablation du ganglion cervical du sympathique : dans le premier cas, il s'agissait d'un glaucome ; dans le second, d'une tumeur cancéreuse ayant envahi le ganglion ; dans le troisième, on avait affaire à un neurofibrome. L'auteur, en ce qui concerne le manuel opératoire préfère aborder le ganglion par le bord antérieur du sternomastoïdien, sauf dans les cas où l'on veut enlever la chaîne du sympathique cervical. Au lieu d'ouvrir la gaine carotidienne, de séparer l'artère de la veine, pour trouver le ganglion derrière, il aime mieux découvrir le bord externe de la gaine et rejeter en dedans celle-ci et son contenu vers la ligne médiane pour découvrir le ganglion.

Après l'ablation de ce ganglion, on observe habituellement du ptosis, une douleur de tête violente dans la région opérée, de la congestion des vaisseaux de la face, enfin de la contraction pupillaire. La congestion vasculaire faciale fut tellement intense dans un cas qu'il y eut un véritable œdème du dos du nez. Parmi les autres phénomènes observés, il faut citer la diminution de la tension intra-oculaire, de l'exophtalmos. On a cependant cité aussi de l'exophtalmos dans un cas ; il faut rappeler à ce sujet que Mackay a publié un cas, dans lequel une blessure du sympathique cervical, au cours d'une adénopathie du cou fut suivie d'exophthalmie.

P. Sainton.

Emploi de l'eau oxygénée dans le traitement des plaies (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 novembre 1900). — Muller a institué une série d'expériences destinées à démontrer la valeur bactéricide de l'eau oxygénée, dont l'emploi en chirurgie est fort restreint en Allemagne : on reproche à ce médicament son prix élevé et son instabilité.

L'eau oxygénée tient le milieu au point de vue de son action bactéricide, entre l'acétate d'alumine et le sublimé à 1 00/00 ; elle a l'avantage de pouvoir se prêter à la désinfection de toutes

les plaies et cavités ouvertes, et de pouvoir séjourner sur des plaies (compresses imbibées d'eau oxygénée) pendant plusieurs jours sans provoquer aucune irritation ni aucun accident toxique. L'auteur a observé une seule fois l'apparition d'un eczéma léger, mais cette complication pouvait tout aussi bien être attribuée à l'influence de la chaleur humide entretenue par les compresses, qu'à l'influence du topique en lui-même.

L'application des compresses est absolument indolore, et l'action bactéricide, s'accompagnant de production d'une mousse abondante, d'autant plus marquée que la plaie contient davantage de microbes (résultats remarquables obtenus dans des cas de vastes abcès, de phlegmons, d'ostéomyélite grave). Dans les cas de plaies infectées, l'eau oxygénée constitue pour l'auteur le topique de choix.

En résumé, ce médicament est injustement dédaigné, car en dehors de ses effets bactéricides, il agit encore comme désodorant énergique et hémostatique. Quant à son instabilité, elle a été grandement exagérée.

E. Vogt.

Injections de formaline glycérinée dans la tuberculose locale (*Wratch*, n° 37, 1900). — Le procédé dont s'est servi Sousloff et par lequel il a obtenu les résultats dont nous allons parler a été proposé par Hahn. Ce dernier auteur injecte des solutions de formaline glycérinée dont la concentration varie de 1 à 5 0/0 dans les arthrites tuberculeuses, les abcès froids. Il commence par vider la cavité de l'abcès, puis il injecte la formaline glycérinée en quantité égale à la moitié ou au tiers de la quantité du pus écoulé. Sousloff a appliqué ce procédé dans quelques cas d'abcès froids des parties molles, dans l'ostéite tuberculeuse et dans l'arthrite de même nature. Il choisit de préférence des malades exempts de fistules. Après avoir suivant les indications de Hahn, vidé la cavité, Sousloff y a injecté immédiatement environ 10 grammes de solution de formaline glycérinée à 1 0/0 fraîchement préparée. Au bout de 1 à 2 minutes on fait ressortir cette solution pour la remplacer par une nouvelle de même quantité, après quoi on applique un pansement sec. Aussitôt le malade commence à se plaindre de douleurs ; la région se tuméfie, la température monte le soir jusqu'à 38°. Au bout de 3 à 4 jours tous les symptômes morbides s'atténuent. Après un laps de temps variant de 5 à 7 jours l'injection est répétée. Alors on constate que le pus qui s'écoule n'est plus pur, mais mélangé de caillots de sang, visqueux et de couleur foncée. La quantité injectée est la même que la première fois, mais l'action provoquée est moins intense.

Au bout de 5 à 6 jours on pratique une nouvelle injection et ainsi de suite jusqu'à cicatrisation complète.

Les résultats obtenus par ce traitement ont été tellement satisfaisants que Sousloff se prononce absolument pour l'emploi des injections de formaline glycérinée dans la tuberculose locale.

A. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Le traitement de la dysenterie, par Watkin-Pitchfort (*British medical Journal*, 10 novembre 1900). — L'auteur résume ainsi les résultats de ses différents essais thérapeutiques sur la dysenterie, faits au Natal. Les purgatifs salins sont utiles, ils ont été peu expérimentés par l'auteur, les malades y ayant été soumis presque tous avant leur entrée à l'hôpital. L'ipéca sans émétique, la poudre de Dower n'ont donné que des désillusions dans les cas graves. La teinture de Monsonia Ovata, considérée par Maberley comme un spécifique, n'a semblé agir que contre les nausées et la dépression. De bons résultats ont été obtenus par l'administration d'un mélange de chlorure de mercure, de bismuth et d'opium. Mais la formule qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur est un mélange d'*Izal*, de sous nitrate de bismuth, de teinture de chloroforme et de morphine ; elle a donné des résultats remarquables aussi bien dans les cas traités au début que dans ceux qui ont été soignés à une période avancée de leur évolution. Le régime qu'il convient d'instituer dans la dysenterie est le régime du bouillon et du pain beurré ; le régime lacté n'a point eu d'heureuse influence, il serait presque nuisible. Enfin, l'auteur s'élève contre l'emploi des lavements accompagnés de massage abdominal qui peuvent amener des ulcérations de la muqueuse intestinale ; il n'est point très enthousiaste des lavements antiseptiques.

Soupault.

Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène par Berthier. (*Médecine moderne*, n° 62 p. 489, 1900. — Le Dr Berthier prescrit des lavements chauds d'un litre ou d'un demi-litre pour la période de début, contenant en disso-

lution 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de bleu de méthylène. On donne deux à quatre lavements par jour. Pour assurer leur tolérance, il faut les donner autant que possible après une garde-robe, le malade étant étendu et le bassin un peu élevé pour favoriser la pénétration dans tout le gros intestin. Le lavement sera donné en plusieurs temps et devra être gardé le plus longtemps possible.

Sous l'influence de ce traitement le ténesme, les épreintes cessent rapidement ; les garde-robes se raréfient. Au bout de un à deux lavements, au plus tard le deuxième jour, la bile revient dans les selles. Ce retour de la bile que tous les traitements classiques de la dysenterie : ipéca, calomel, purgatifs visent à provoquer est d'une importance considérable : il parait avoir une large part dans l'amélioration de l'état dysentérique et il est le meilleure indice de cette amélioration.

G. Lyon.

Traitement des entérites par la levure de bière, par E. Blanchet (*Th. de Paris*, novembre 1900). — La levure de bière a été employée avec succès dans le traitement des gastro-entérites infantiles ainsi que dans celui de l'entérite dysentériforme, de l'entéro-colite muco-membraneuse chronique chez l'adulte.

Bien que son mode d'action ne puisse être précisé, on est autorisé à conclure que cette médication ne présente pas d'inconvénients et que son emploi peut être longtemps prolongé.

Chez l'adulte la levure (sèche) a été donnée en lavement à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée étant délayée dans 150 grammes d'eau bouillie ; en même temps le malade absorbait, trois fois dans les vingt-quatre heures, une cuillerée à café de levure sèche délayée dans un peu d'eau.

Chez l'enfant le lavement se composait d'une cuillerée à café de levure délayée dans 60 grammes d'eau bouillie tiède, introduite au moyen d'une sonde adaptée à une poire. Le lavement pouvait être renouvelé deux ou trois fois dans la journée. En outre, l'enfant prenait par la bouche une à deux cuillerées à café de levure délayée dans de l'eau bouillie. D'ailleurs, ce mode d'administration est plus efficace que le lavement.

Dans l'entérite muco-membraneuse on obtiendrait la disparition des glaires et des fausses membranes, la régularisation des garde-robes, une augmentation de poids et une notable augmentation de l'état général.

G. Lyon.

Un cas de guérison de cirrhose hypertrophique alcoolique, par Luzzato (*Medical Record*, 29 septembre 1900). — Les cas authentiques de guérison de cirrhose alcoolique sont loin d'être nombreux : l'auteur cite deux cas de Mirmiscu et de Cardarelli dans lesquels la guérison datait de six ans. Le malade qui fut l'objet de son observation a été suivi par lui depuis 1894, il présentait tous les symptômes classiques de la cirrhose hypertrophique d'origine alcoolique. Le traitement employé consista en régime lacté, iodure de potassium et diurétiques. A propos de de ce cas, l'auteur passe en revue les cas antérieurs et cite l'opinion des différents auteurs sur la curabilité de cette maladie.

P. Sainton.

Traitement chirurgical des angiocholites infectieuses (*Société de Chirurgie*, 21 novembre 1900). — M. Michaux reprend la discussion du traitement des angiocholites infectieuses, a propos d'une observation de guérison par cholécystostomie sous-séreuse, communiqué par M. Pauchet (d'Amiens). Il dit qu'ayant eu à intervenir pour des *accidents infectieux hépatiques* chez un homme de 34 ans, il se borna à faire l'exploration des voies biliaires et cette laparotomie exploratrice amena la guérison. M. Routier à son tour, chez une femme présentant tous les signes d'une obstruction de cholédoque, se contenta de faire du *massage des voies biliaires* et de refermer le ventre ; la malade guérit. Il est, en effet, possible de détacher ainsi un bouchon de mucus obstruant le canal. M. Michaux a eu d'autres cas d'améliorations très sensibles par la *cholécystostomie*, appliquée à la cirrhose hypertrophique biliaire avérée et aux angiocholites infectieuses en général. Il croit que l'abouchement de la vésicule biliaire à l'intestin dans ces cas est une faute et préfère la *fistule cutanée* qu'il conseille de laisser se fermer spontanément, dût ce résultat, demander plusieurs mois.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Pathogénie et traitement de l'asthme (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 nov. 1900).—Cohen-Kysper, à la suite de nombreuses déductions, arrive à la conclusion suivante : sous l'influence d'une gêne respiratoire chronique, il se déve-

loppe chez l'asthmatique une hypéresthésie du sens respiratoire. Ainsi s'explique, entr'autres, le fait de la fréquence nocturne des accès. La gène respiratoire physiologique qui se produit pendant le sommeil donne lieu, grâce à l'hyperesthésie, à un accès. Pour qu'une affection de l'arbre respiratoire puisse devenir génératrice d'accès d'asthme, il faut qu'elle produise une sténose sur un point quelconque. Cette sténose provoque une gène qui passerait inaperçue chez le non athsmatique, mais devient facilement un sentiment d'angoisse, grâce à l'hyperesthésie d'origine centrale qui existe chez l'asthmatique.

La conclusion thérapeutique consiste à faire disparaître les sténoses, même les moins accentuées, si faire se peut, par des interventions appropriées. L'auteur cite 21 cas dans lesquels la respiration nasale semblait normale, la sténose étant peu marquée, et dans lesquels une intervention chirurgicale intra-nasale fit disparaître les accès d'asthme. On peut, du reste, avant d'intervenir, dans les cas de ce genre, provoquer une ischémie intense des cornets, au moyen d'applications locales de cocaïne ; on constatera alors que les malades se sentent très soulagés si l'obstacle est intra-nasal.

Le traitement local ne donnera que des améliorations de peu de durée, si l'on se trouve en présence d'un cas où la névrose est arrivée à un développement maximum.

Dans tous les autres cas, les résultats sont remarquables et il y a lieu d'attirer l'attention des praticiens sur la nécessité de rechercher minutieusement les sténoses de l'arbre respiratoire chez l'asthmatique, et de les attaquer énergiquement, car une gène respiratoire minime peut souvent être la cause insoupçonnée des accès.

E. Vogt.

Le sérum antitsreptococcique dans la tuberculose pulmonaire, par Thompson Campbell (*British Medical Journal*, 20 octobre 1900). — Quelques auteurs ont soutenu que si la température dépasse 100°4 F. dans la tuberculose pulmonaire, il y a infection mixte le plus souvent par des streptocoques ou par d'autres germes pyogènes. C'est dans ces cas que l'on peut espérer tirer quelque bénéfice de l'emploi du sérum antistreptococcique. Un tuberculeux, présentant une fièvre élevée et dans les crachats duquel on avait constaté la présence de streptocoques associés aux bacilles de K. fut soumis à des injections de 10 cc. à plusieurs reprises : loin d'avoir diminué, la température s'est accrue légérement pendant que le malade fut soumis au traitement sérothérapique. Il semble que dans le cas particulier l'action du sérum ait été de peu d'importance : le malade eut un rash ortié sur différentes parties du corps.

P. Sainton.

Traitement des maladies de cœur (*Deutsche med. Wochenschrift* (29 nov. 1900). — Hellendall, en examinant des malades atteints d'affections cardiaques, a remarqué à diverses reprises qu'une légère pression exercée sur la pointe du cœur produisait chez le patient un sentiment de soulagement. Le phénomène est surtout net quand il s'agit de névroses cardiaques, et spécialement dans la maladie de Basedow. Si l'on se trouve en présence de cardiopathies vraies, les résultats sont variables : certains sujets ne peuvent supporter aucune pression, d'autres présentent une indifférence absolue, d'autres enfin ressentent un soulagement, à tel point qu'ils ne sauraient plus se passer d'un appareil compresseur une fois qu'ils en ont mis un. On ne saurait à l'avance décider quelle sera la réaction individuelle à l'égard de la compression : chaque cas doit être étudié à part sous ce rapport.

La photographie reproduite dans le travail de l'auteur nous montre une malade porteur de l'appareil ; ce dernier est constitué par une sorte de bandage herniaire soutenu par deux bretelles. La pelote est appliquée sur la pointe, à l'endroit où la pression produit le maximum de soulagement.

Le travail d'Abbée, publié dans le n° 4 de 1900 de la *Deutsche med. Wochenschrift*, a trait à l'emploi d'un appareil compresseur analogue qui a donné aussi d'excellents résultats entre les mains de son inventeur et de quelques confrères : les cas traités sont déjà assez nombreux.

Dans les 8 cas de Hullendall, le bandage a été toujours bien supporté. Les observations ont trait à 2 cas de maladie de Basedow, une cardialgie chez un neurasthénique, deux cas d'insuffisance mitrale, deux d'insuffisance mitrale et aortique et un cas d'hypertrophie consécutive à une atrophie rénale.

Tous les malades ont signalé, à la suite du port de bandage, un grand soulagement, une diminution de l'intensité des battements ainsi que de la dyspnée. Le degré de pression nécessaire pour produire un effet a beaucoup varié, la pression maximum ressortissant aux névroses cardiaques. Dans un des cas d'insuffisance mitrale et aortique, le bandage produisit d'abord une aggravation des symptômes, mais au bout de peu de temps, l'amélioration se manifesta.

Le bandage a été toujours enlevé pendant la nuit, à une exception près (mal. de Basedow)

Dans les cas où le foie est hypertrophié, le port du corset n'est pas possible. L'auteur n'a jamais pu constater une modification de la matité cardiaque consécutive au port du bandage, pas plus qu'une diminution du nombre des pulsations.

L'appareil de l'auteur se distingue de celui d'Abbée par l'existence dans la pelote, d'un ressort d'acier, destiné à produire une pression exactement localisée.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Ancien interne des hôpitaux,

Chef de clinique, adjoint à la Faculté de médecine.

Le traitement mécanothérapique des hémiplégiques (massage, rééducation des mouvements et mécanothérapie compensatrice), par P. Kouindjy (*Archives de Neurologie*, novembre 1900). — C'est à Todd que revient le mérite d'avoir montré la nécessité d'un système régulier d'exercices chez les hémiplégiques. Les auteurs modernes, Raymond, Gilles de la Tourette, Marie ont montré l'importance d'une gymnastique rationnelle chez ces malades; malgré l'autorité de ces maîtres, beaucoup de médecins restent persuadés que l'hémiplégie cèdera un jour et que l'hémiplégique se lèvera un beau matin. Montrer l'importance du massage méthodique, de la rééducation des mouvements et de la mécanothérapie compensatrice, tel est le but de ce travail, mettant en relief le rôle du médecin auprès de l'hémiplégique « cet enfant peu gâté de la thérapeutique », suivant l'expression de Gilles de la Tourette.

L'hémiplégique doit être massé; il faut commencer par l'effleurage, puis le pétrissage, en ayant soin d'insister sur les muscles atrophiés et de passer légèrement sur les muscles contracturés. Outre son action trophique sur les muscles, le massage a l'avantage de s'opposer à la propagation de l'œdème, d'assouplir les articulations. Zabloudowsky, de Berlin, conseille de masser les nerfs pendant deux ou trois minutes; il frappe le nerf lésé avec la main fermée d'une façon rhytmique, en allant de la périphérie au centre, puis le nerf est massé à pleine main.

La rééducation est, dans l'hémiplégie, aussi importante que dans l'ataxie, il faut apprendre au malade à se lever sur son séant, à descendre de son lit; comme l'ataxique, l'hémiplégique jouit des éléments indispensables au mouvement, la force musculaire et la mobilité articulaire; il faut donc persuader les malades de la possibilité de l'exécution de certains mouvements, en les mettant à l'abri de tout accident. La rééducation de la marche se fera à l'aide de la béquille, puis de la canne béquille. Pour faire exécuter les mouvements de flexion des membres inférieurs, on peut se servir de petits bancs de différentes hauteurs; les exercices de flexion et d'extension de la jambe paralysée peuvent se faire au moyen d'un appareil à traction à double poulie. Pour la station debout et la marche, on peut se servir de la chaise roulante de Leyden et Jacob, employée chez les ataxiques. Aux membres supérieurs, la rééducation est plus délicate, il faut faire exécuter au malade des mouvements actifs progressifs et employer comme adjuvant les appareils à traction à caoutchouc, les roues pour la supination, la circumduction, les haltères.

Ce traitement nécessite beaucoup de ténacité, il ne doit pas être retardé trop longtemps après l'ictus, il doit être précoce. Il permet d'éviter ou tout au moins de diminuer les contractures. Le traitement interne sera institué suivant les principes de l'Ecole de la Salpêtrière: iodure de potassium à petites doses, soit seul, soit mélangé au bromure; pour avoir des selles quotidiennes, on aura recours à l'aloës ou aux autres laxatifs.

P. Sainton.

Un cas d'arthropathie tabétique amélioré par l'usage de l'Aspirine, par P. Marie et Pécharmant (*Société de neurologie de Paris*, séance du 6 novembre 1900). — Il s'agit d'un malade âgé de 71 ans, tabétique depuis six ans, atteint d'arthropathie du genou gauche. La médication salicylée (salol et salicylate de soude) fut prescrite pendant douze jours sans résultat apparent. Il fut alors soumis au traitement par l'aspirine, à la dose de 3 grammes par jour en six paquets. Dès le lendemain, le malade eut une sudation copieuse et se sentit soulagé en quarante-huit heures, la cuisse et le genou diminuèrent de volume, à ce point que l'on constata une différence de 6 centimètres dans les mesures circonférentielles prises avant et après l'administration du médicament.

P. Sainton.

Astasie-abasie hystérique. Guérison instantanée complète et durable par psychothérapie, par Terrien (de la Vendée) (*Progrès Medical*, 17 novembre 1900). — Sans causes bien précises, le malade dont il s'agit, fut pris de fourmillements dans les jambes, puis bientôt de lassitude et d'impotence fonctionnelle complète.

Pour progresser, il se traîne sur les genoux et les avant-bras, les mains étant paralysées; on l'asseoit avec difficulté, il ne peut ni se tenir debout, ni se servir de ses mains. Les réflexes rotuliens sont exagérés d'une façon considérable : les réflexes radiaux plutôt diminués. Pas d'atrophie musculaire, pas de contracture, pas de troubles de la sensibilité. Le diagnostic porté fut celui d'hystérie, avec des réserves sur l'existence d'un état organique sous-jacent. Le malade fut longé dans le sommeil hypnotique et à la première injonction il se leva mu comme par un ressort, il fut tout surpris de se trouver debout; une seconde fois, quelques instants après, le sujet fut endormi de nouveau pour faire disparaître la paralysie des membres supérieurs. Depuis, le sujet a pu reprendre son travail et ses occupations normales. Ce fait est très intéressant parce qu'il montre la puissance de la suggestion sur ces gros accidents hystériques. Il semble qu'ici la suggestion à l'état de veille aurait été impuissante, quoi qu'en général, l'auteur s'en montre partisan, parce que le malade étant convaincu de son incurabilité, il ne semble pas que la prescription d'un médicament quelconque, accompagnée d'une suggestion ait pu suffire à entraîner sa conviction et amener un effet psychothérapique suffisant.

P. Sainton.

Traitement de l'épilepsie, par René Verhoogen (*Société médico chirurgicale du Brabant*, 27 octobre 1900). — Contrairement aux affirmations de Strümpell, qui se montre sceptique sur l'efficacité du traitement bromuré dans l'épilepsie, l'auteur insiste sur les résultats qu'il a obtenus grâce à l'emploi systématique des bromures. Non seulement il peut amener la guérison (et sous le nom de guérison, il faut entendre la disparition de toute attaque pendant une période de cinq à six ans) chez des épileptiques jeunes, mais encore chez des personnes âgées. L'auteur attire l'attention sur une nouvelle préparation pharmaceutique, la *bromipine*, composé organique de brome associé à l'huile de sésame. On peut la donner en lavements ou par la bouche, elle ne fatigue point l'estomac parce qu'elle n'est absorbée que dans l'intestin. Jamais elle ne provoque de symptômes d'intolérance gastrique ou d'accidents; la bromipine habituellement employée est la bromipine à 10 0/0.

P. Sainton.

Remarques sur la cocaïnisation de la moelle épinière (*München. med. Wochenschrift*, n° 36, 1900). — Bier a continué ses recherches sur la méthode qu'il a introduite dans la thérapeutique. Il a pu reconnaître que de nombreuses substances, même le chlorure de sodium, peuvent provoquer de l'anesthésie régionale très marquée quand on les injecte dans l'espace sous-arachnoïdien. Il est toutefois nécessaire de recourir à la cocaïne si on veut obtenir un effet certain : il ne faut jamais dépasser la dose de 0 gr. 015.

L'auteur est parvenu à obtenir même l'anesthésie des membres supérieurs. On peut remplacer la cocaïne par l'eucaïne, la péronine, l'acoïne, etc. avec les mêmes résultats.

Quoi qu'il en soit, l'emploi de la méthode ne saurait être généralisé dans l'état actuel des recherches; de nouvelles expériences sont indispensables.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Emploi du poison du serpent à sonnettes dans le traitement de la lèpre (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 novembre 1900). — Deux auteurs différents, Marcondes de Moura et Lewin ont tratité ce sujet séparément.

Le premier rappelle que la tradition populaire au Brésil accorde au venin du crotale une action thérapeutique dans diverses dermatoses, et plus spécialement dans la lèpre. Pour s'assurer de la valeur de ces affirmations, l'auteur a recueilli sur de l'ouate du venin exprimé des glandes fraîches : l'ouate a été ensuite plongée dans une solution à parties égales d'eau et de glycérine et le tout a macéré pendant quelques jours. Une série d'expériences sur des chiens permit de fixer la dose thérapeutique pour l'homme et le mode d'administration. Il faut commencer par l'usage interne, et au bout d'un mois environ, choisir la méthode hypodermique. Les injections ne provoquent au début aucune irritation, mais deviennent bientôt douloureuses et doivent alors être espacées. Une certaine accoutumance se produit.

Les injections sont beaucoup plus efficaces que l'ingestion stomacale, et les résultats obtenus par l'auteur sur 15 malades ont été très remarquables.

Les nodules lupiques disparaissent, les lobules des oreilles reviennent à des dimensions normales, les hyperesthésies et anesthésies localisées entrent en régression marquée. La muqueuse nasale résiste toutefois avec énergie à l'influence du traitement.

Parmi les 15 cas, il y a 14 cas de lèpre tuberculeuse et 1 de lèpre nerveuse seulement. L'auteur croit que l'on peut arriver à guérir la lèpre tuberculeuse par l'emploi judicieux du venin de crotale, surtout en combinant cet emploi avec celui du sérum. Les recherches ne sont du reste pas terminées et l'auteur a voulu simplement prendre date en publiant des résultats qui lui ont déjà coûté plusieurs années d'efforts.

Lewin de son côté, admet que toute substance albuminoïde étrangère à un organisme donné et introduite dans cet organisme pendant un temps plus ou moins long est capable d'exercer une certaine influence sur les échanges nutritifs des albuminoïdes, quand ces derniers ont subi une modification préalable. Les albuminoïdes toxiques peuvent donc exercer une action sur une maladie existant dans un organisme donné : on sait que ces albuminoïdes sont très lentement détruits et éliminés par l'économie.

L'action irritante de ces albuminoïdes, s'exerçant sur des points où existent des modifications pathologiques, provoque une transformation des lésions par l'intermédiaire du courant sanguin.

En résumé, Lewin ne croit pas à une *action spécifique* du poison du crotale sur la lèpre, et ne voit dans les résultats obtenus par Marcondes de Moura que des modifications qu'on pourrait obtenir avec d'autres albuminoïdes.

A. Morel-Lavallée.

Contribution ou traitement du lupus par l'air chaud (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 novembre 1900). — Werther rappelle que le traitement par l'air chaud, moins compliqué que la photothérapie, donne d'excellents résultats. Si le foyer calorique est à 1 centimètre du point à traiter, la carbonisation s'effectue d'une façon plus intense dans les foyers lupiques que dans le tissu sain. La réalité de ce phénomène peut surtout être constatée au moment de la cicatrisation des surfaces traitées : ces dernières semblent, en effet, uniformément carbonisées, mais, au moment de la cicatrisation, on reconnait bientôt que des îlots de tissu sain ont résisté à l'air chaud.

La narcose est nécessaire et la méthode semble, à première vue, barbare, mais avec un peu d'habitude, on s'aperçoit bientôt que l'action en profondeur du calorique n'est pas très considérable. Il va sans dire, qu'on protège les yeux au moyen de petits tampons.

L'important, pour la réussite de la méthode, est que le courant d'air s'échappant de l'appareil présente une température de 300°.

L'auteur a fait construire un appareil spécial, modification du Paquelin, qui lui permet d'obtenir facilement cette température.

A. Morel-Lavallée.

Traitement du lupus par l'application de permanganate de potasse (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 8, 1900). — Belomsoff a eu l'occasion d'employer dans un cas le procédé préconisé il y a un an environ par Katschenovsky.

Le résultat obtenu a été des plus satisfaisants, car quelques saupoudrements au permanganate de potasse (après badigeonnage préalable à la cocaïne à 10 0/0) ont suffi pour détruire le tissu lupique. Ce tissu disparu on s'est trouvé en présence d'une surface ulcérée nette qui sous l'influence de pansements à la gaze iodoformée n'a pas tardé à se déterger et à se cicatriser complètement.

J. Roubleff.

Emploi de l'épicarine en dermatologie (*Die Heilkunde*, septembre 1900). — Rille a étudié les propriétés thérapeutiques de ce produit de condensation de l'acide crésotinique et du naphtol B., se présentant sous l'aspect d'une poudre rouge pâle, fortement acide, fondant vers 1990 c., et facilement soluble dans l'alcool, l'éther et la paraffine liquide. Le groupe chimique auquel appartient l'épicarine est constitué par des substances présentant les propriétés physiologiques des phénols, avec une toxicité très atténuée.

Les premiers essais institués avec l'épicarine ressortissent à l'art vétérinaire (gale des chiens p. ex.), Kaposi a plus tard signalé de bons effets dans les cas où les préparations à base de naphtol sont d'ordinaire efficaces.

Rille à son tour a employé ce topique dans 5 cas de *psoriasis vulgaire*, de moyenne intensité ; il a prescrit : épicarine 20 gr. onguent. simple 100 gr. Les résultats ont été très bons pour tous les placards peu infiltrés (tronc, cuir chevelu, etc.); les plaques des coudes, des genoux, des jambes furent peu modifiées. On doit toujours faire précéder l'application de la pommade d'un décapage minutieux au savon mou de potasse, l'application ne provoque ni irritation, ni dermatite.

Sur 39 cas de gale, observés par l'auteur de décembre 1899 à juin 1900, 21 ont été traités par diverses médications jusqu'ici reconnues efficaces, les 18 restants par l'épicarine.

On prescrivit :

Epicarine	15
Savon vert	50
Axonge	100
Craie blanche	10

Il a suffi dans presque tous les cas, d'une ou de deux applications de ce topique pour détruire les acares et supprimer le prurit. Les manifestations ezémateuses, en revanche, exigèrent un traitement plus long : dans 7 cas, il fallut faire 4 applications de pommade. On a procédé de la façon suivante : le malade, complètement nu, est étendu sur une couverture de laine et énergiquement frotté à la main ou à la brosse avec la pommade, puis on l'enveloppe dans la couverture et on fait une seconde friction dans la journée. Le lendemain, si nécessaire, on recommence de la même façon : pas de friction le troisième jour : le malade reste dans la couverture. On le saupoudre largement avec de l'amidon les quatrième et cinquième jour, et le septième on lui fait prendre un bain pour terminer la cure.

Les patients n'ont jamais présenté de troubles urinaires.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Le massage du col de la vessie contre l'incontinence nocturne d'urine, par Gerbsman (in *Sem. méd.* 1900, p. 422). — Placer le patient en position genu-pectorale, introduire l'index dans le rectum, faire d'abord au niveau du col vésical, pendant 2 minutes, des effleurages de plus en plus énergiques, verticaux puis horizontaux. Imprimer ensuite pendant une demi-minute des secousses vibratoires au col vésical.

Répéter les séances 3 à 8 fois soit chaque jour, soit avec des intervalles.

E. Chevalier.

Recherches expérimentales sur l'urétéro-utéroplastique, par d'Urso et de Fabei, traduit par Scambati (in *Ann. G. U.* 1900, p. 1145). — Les auteurs concluent de leurs expériences que : 1° Le procédé d'urétéro-anastomose latéro-latérale qu'ils indiquent est facile et efficace.

2° L'urétéro-plastique partielle par interposition d'une corne utérine chez la chienne, sera utilisée chez la femme en employant la trompe utérine.

3° On pourra remplacer un segment d'urétère par une anse d'intestin grêle isolée de la circulation intestinale.

4° On pourra même substituer une anse grêle dans les mêmes conditions à tout l'uretère.

E. Chevalier.

Corps étrangers de l'appareil urinaire, par Pluyette (in *Marseille-médical* 1900, p. 673). — Pluyette présente au comité médical des Bouches-du-Rhône, une série de corps étrangers : 1° Un calcul du bassinet extrait par la nephrolithotomie ;

2° Un tuyau de pipe en bois de 10 centimètres de long, extrait de la vessie d'une femme, chez laquelle il était resté 4 jours et avait provoqué deux plaques de sphacèle de la vessie, si bien que la malade succomba 3 jours après l'extraction par les voies naturelles, laquelle n'avait présenté aucun incident et n'avait duré qu'une demi-minute.

3° Un calcul juxta-uréthral déjà présenté à la Société de Chirurgie de Paris, et pour lequel l'auteur maintient qu'il ne s'agit pas d'un calcul intra-uréthral vrai, mais qu'il s'agit d'un calcul juxta-uréthral ou encore développé dans un diverticule congénital de l'urèthre.

E. Chevalier.

Résultats éloignés de la dilatation et de l'uréthrotomie interne, par M. Janet (de Paris) XIIIe *Congr. int. de médecine*, Paris, 1900). — L'uréthrotomie interne est évidemment un bon moyen de faciliter la première phase de la dilatation, elle trouve naturellement sa place dans nos hôpitaux et nos cliniques, il n'en est peut-être pas de même dans la consultation particulière où l'on n'a pas à s'occuper de la durée du traitement. L'auteur préfère, dans ce cas, recourir à la dilatation, mais il la pratique dans les rétrécissements durs avec des béniqués, qui commencent au n° 16 (8 de la filière Charrière) et conduits par des conducteurs spéciaux ; ils sont très fins à leur extrémité et très résistants dans le voisinage de la monture, cette partie résistante prépare la voie à la sonde métallique.

Cette méthode a permis de dilater tous les cas. Trois des malades à rétrécissements très durs ont été uréthrotomisés, mais, en peu de temps, ils sont retombés à leur ancien numéro.

L'auteur en conclut que les bons résultats obtenus par l'uréthrotomie interne sont dus à la dilatation qui la suit et que, quand cette dilatation est impossible du fait de la nature du rétrécissement, l'uréthrotomie interne ne donne aucun bénéfice.

E. Chevalier.

Traitement de la bactériurie par l'urotropine, par Jules Janet (de Paris) (XIIIe *Congrès int. de médecine*, Paris, 1900). — La bactériurie est constituée par une fuite microbienne à travers le rein, sa source est le plus souvent dans l'intestin : elle est plus fréquente qu'on ne le croit

généralement, on ne peut la reconnaître que par l'analyse immédiate de l'urine par centrifugation en ajoutant quelques gouttes d'ammoniaque à l'urine à centrifuger.

Elle est rebelle à tous les traitements chirurgicaux, lavages vésicaux et instillations, puisque sa source est en dehors de la vessie ; seuls les médicaments pris par la bouche peuvent la modifier, le salol à haute dose semble avoir une heureuse influence, mais on ne peut continuer longtemps son usage car il est trop irritant pour l'estomac et les reins.

L'urotropine, même à faible dose, 0 gr. 25 à 0 gr. 75 par cachets de 0 gr. 25 pris aux repas, éclaircit immédiatement les urines bactériuriques et cela pendant aussi longtemps que dure la médication, le trouble reparaît, du reste, aussitôt qu'on en cesse l'usage. Mais ce médicament présente sur le salol l'avantage d'être parfaitement toléré par l'estomac et les reins.

Pour arriver à la guérison complète de la bactériurie, il ne faut pas négliger le traitement de l'intestin, car ces malades sont en général des constipés ou sont atteints d'entérocolite mucomembraneuse. Le massage de l'intestin rend de bons services en pareil cas.

Grâce à la réunion de ces deux moyens : urotropine à l'intérieur d'une part et soins de l'intestin d'autre part, il est permis d'espérer qu'on arrivera à combattre efficacement cette affection si rebelle, mais l'expérience de l'auteur est encore trop courte pour pouvoir l'affirmer. Il pourrait citer des améliorations persistantes pendant des mois, mais il n'oserait encore affirmer avoir obtenu de guérisons définitives.

E. Chevalier.

Importance du gonocoque à propos du traitement de la blennorrhagie chronique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 novembre 1900). — Wossidlo, s'appuyant sur de nombreux exemples, montre que le point de vue purement bactériologique ne saurait souvent permettre de conclusion thérapeutique, car le gonocoque peut ne disparaître qu'en apparence, et cette considération peut faire hésiter sur l'opportunité d'un traitement instrumental. On sait en effet que la règle consiste à n'entreprendre ce dernier que lorsque les gonocoques ont disparu.

L'action en profondeur des médicaments est-elle d'un autre côté admissible quand on se trouve en présence d'une infiltration dure avec modification du tissu conjonctif périglandulaire? Peut-on espérer que le topique ira, dans ce cas, détruire les gonocoques jusque dans la profondeur ? La dilatation seule permet, en modifiant la région malade, d'aller chercher les foyers gonococciques : il ne saurait donc être question ici d'attendre la disparition complète des gonocoques dans la sécrétion pour intervenir chirurgicalement.

L'endoscopie a permis de reconnaître que tout urèthre présentant des infiltrations, des abcès glandulaires, ou un grand nombre d'orifices glandulaires visibles est atteint de gonorrhée. Même si la recherche du gonocoque est dans ces cas négative, il ne faut pas hésiter à maintenir le diagnostic.

Est-il dangereux de dilater un uréthre contenant encore des gonocoques ? L'auteur ne le pense pas, et croit même qu'au contraire la dilatation constitue un bon moyen pour faire disparaître dans bien des cas les gonocoques et les filaments.

Sur 30 cas, 5 présentaient des infiltrations dures qui exigèrent de 9 à 20 semaines de traitement jusqu'à guérison. Dans 25 cas, on trouva des infiltrations molles avec glandes nombreuses (6 à 16 semaines pour obtenir la guérison, avec un seul insuccès.)

Prostatite. — Deux cas peuvent se présenter : la prostatite se manifeste au cours du traitement ou elle existait déjà avant le début du traitement. Le premier cas est rare et ne se présente pas plus fréquemment quand on dilate que dans le cas contraire. Dans le second cas, il faut avant tout guérir la prostatite si elle est aiguë : si elle est chronique, il y a lieu d'instituer un traitement instrumental, même si on trouve des gonocoques dans les sécrétions.

En résumé, l'auteur admet que la présence de gonocoques dans la sécrétion ou les filaments ne constitue pas une contre-indication au traitement par la dilatation et que bien au contraire ce traitement les fait disparaître rapidement.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par Dmitri de Ott (XIIIe *Congrès int. de méd.*, Paris, 1900).

L'auteur présente les résultats obtenus, au moyen de l'extirpation vaginale de l'utérus, par les opérateurs russes. Cette opération donne en moyenne une mortalité de 10,3 pour 100 ; mais chez certains opérateurs les résultats sont beaucoup plus satisfaisants. La mortalité, dans la clinique de l'auteur, a été réduite, dans une série de 189 cas, à 1,6 pour 100, y compris les

issues mortelles qui ne dépendaient pas directement de l'opération.

Les résultats de la cure radicale, 5 ans et plus après l'opération, sont les suivants :

	Malades
Plus de 5 ans, sont restées sans récidive	13
— 6 — —	6
— 7 — —	3
— 8 — —	1
— 9 — —	3
— 10 — —	4

L'auteur a pris, pour la statistique de sa clinique, comme terme de la guérison complète, 6 ans à partir du jour de l'opération. Il obtient ainsi 29 pour 100 de cure radicale.

Sur 47 malades atteintes de cancroïdes du col furent guéries 11 ou 23,4 0/0.
» 15 » » d'adénocarcinome furent guéries 7 ou 47 0/0.

Les chiffres cités démontrent que les adénocarcinomes donnent des résultats deux fois plus favorables : presque dans la moitié (47 0/0) de toutes les malades opérées pour la susdite affection on peut compter sur la guérison complète, tandis que dans le cas de cancroïde on n'arrive qu'à 23,4 pour 100.

Voici quelques détails sur le manuel opératoire et sur les principes en général que suit l'auteur. Vu le caractère mortel du cancer de l'utérus sans l'intervention chirurgicale, on pratique l'opération radicale dans tous les cas sans exception où elle peut seulement être menée jusqu'au bout. Ce principe donne dans certains cas des résultats inattendus; il n'est pas rare que des malades qui semblaient, par le degré de propagation du néoplasme, condamnées à une mort certaine, restent pendant quelques années libres de récidive et étaient parfois même guéries complètement. Il s'ensuit que le pronostic n'est pas toujours en relation directe avec le degré de la propagation de l'affection. Le diagnostic précoce (microscopique) est d'une grande utilité pour la définition du cancer de l'utérus; très importante est, par exemple, la surveillance systématique des cas dans lesquels après le curettage on trouve l'adénome atypique ou malin; ce dernier peut être considéré comme précurseur de l'adénocarcinome, dans lequel il dégénère souvent. Dans ces cas-là une observation vigilante est nécessaire pour ne pas laisser passer le moment favorable à l'opération radicale.

L'ablation des annexes ne fut pas pratiquée sans indications spéciales et l'auteur s'est borné exclusivement à l'extirpation de l'utérus. Ce procédé relativement conservateur n'a jamais été cause de complications ou de suites défavorables et son avantage certain est la conservation de la vie sexuelle de la malade et l'absence des troubles pénibles de la castration et de la ménopause prématurée.

L'auteur emploie presque dans tous les cas les ligatures et ne se sert de pinces hémostatiques que dans des cas exceptionnels. Des hémorragies consécutives (dont toutes les malades furent rétablies) se sont montrées dans environ 2 cas sur 100. L'auteur ne ferme jamais complètement la communication entre le vagin et la cavité abdominale et ne met qu'un tampon léger de gaze iodoformée pour mieux assurer l'écoulement des sécrétions.

La diminution si évidente de la mortalité (moins de 2 0/0) comme suite de l'hystérectomie, est due en grande partie au perfectionnement de la technique opératoire de la méthode vaginale. Les efforts de l'auteur se sont donc principalement dirigés de ce côté. Et en effet, il a pu par ce procédé vaincre tous les obstacles sans être obligé de recourir à une opération plus dangereuse.

L'hémisection de l'utérus par une incision longitudinale et surtout le morcellement doivent être considérés comme des acquisitions de grande valeur dans la chirurgie gynécologique.

L'état gravide ne change en rien les principes et les règles du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, qui exige l'ablation obligatoire de l'organe entier. Il s'agit seulement de trouver la méthode qui aurait le plus de chances de succès et qui n'exposerait pas, autant que possible, la vie des malades, à de plus grands dangers que dans les cas de cancer de l'utérus non gravide. L'auteur se déclare à cet égard avec toute conviction pour l'opération vaginale ; il base cette conclusion sur une série de cas qu'il a eu l'occasion d'opérer (jusqu'au commencement du septième mois de la grossesse). Après l'incision des culs-de-sac, le décollement de la vessie et la ligature des artères utérines à la base des ligaments larges, comme on la pratique dans chaque hystérectomie vaginale, l'auteur diminue le volume de l'organe en enlevant l'œuf: incision de la poche des eaux, extraction du fœtus et du placenta. Ces manipulations, ainsi que toute l'opération, n'offrent pas, au point de vue technique, de grandes difficultés, vu le ramollissement, l'état succulent et l'aptitude d'accommodement des parois utérines. Dans les cas de grossesse avancée et de viabilité du fœtus, ce procédé peut être pratiqué sans nuire à l'enfant, si seulement les culs-de-sac et le tissu cellulaire des ligaments larges sont encore indemnes de l'affection.

L'opération se rapproche dans ces cas du type de l'opération césarienne vaginale. Ainsi

l'opération radicale peut être pratiquée dans toutes les périodes de la grossesse; la méthode de choix qui, donnant le plus de chances de succès, expose les malades un minimum de dangers, est l'opération vaginale.

L'auteur termine en insistant sur la nécessité de perfectionner encore la technique opératoire, et sur l'utilité d'une intervention faite à temps et de l'examen scrupuleux des causes des troubles mêmes insignifiants.

R. Blondel.

Traitement des fistules vésico-vaginales (*Société de Chirurgie*, 10 octobre 1900). — M. Ricard reprenant un sujet qu'il a déjà traité antérieurement d'une manière spéciale, annonce qu'il a obtenu un nouveau succès, dans un cas particulièrement difficile, en appliquant son procédé de dédoublement. C'est après huit récidives opératoires, la malade ayant passé par les mains de plusieurs chirurgiens et ayant même subi l'occlusion de la vulve, qu'il parvint à la guérir, en décollant largement la face antérieure de l'utérus, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. MM. Schwartz, Routier, Walther communiquent à leur tour des cas de guérisons de ces fistules par l'abaissement de l'utérus. La voie hypogastrique n'a pas donné de résultats comparables. M. Richelot se sert du même moyen, à savoir le dédoublement, mais en suivant la technique décrite par M. Braquehaye, qui n'est qu'une variante du procédé américain. M. Bazy condamne l'occlusion du vagin, pratiquée par M. Campenon, dans un cas de perte de substance très étendue de la paroi vésico-vaginale. Des accidents de cystite très douloureux en sont la conséquence.

A. Benoit.

Un cas de périnéoplastie par forcipressure à demeure pour une déchirure complète, par Hagopoff (de Constantinople). (XIIIe *Congrès Internat. des Sc. Méd.*, Paris 1900). — L'auteur a opéré, il y a six mois et demi, un cas de déchirure complète à la suite d'un accouchement par le procédé que voici :

On pratique deux incisions de chaque côté de la vulve : une latérale sur la ligne d'union des grandes et des petites lèvres, une deuxième tout le long des bords de la fente recto-vaginale, à une distance de 4 à 8 millimètres de ces bords et dépassant de 3 millimètres sur l'angle postérieur de cette fente.

On obtient ainsi deux lambeaux : un *vaginal*, qui sera détaché de bas en haut et de dedans en dehors; un *rectal*, qui sera disséqué de dehors en dedans et de haut en bas. On opère de même de l'autre côté.

L'avivement terminé, on prend les lambeaux rectaux renversés de chaque côté dans les mors d'une pince parallèle du genre de celle qu'on emploie pour le phimosis et que l'auteur a modifiée. Après avoir passé les fils périnéaux profonds et les avoir noués sur des plaques métalliques, on réunit les lambeaux vaginaux à l'aide d'une autre pince.

Pansements et tamponnements rectal et vaginal à la gaze iodoformée. Lavements boriqués journaliers. La pince rectale tomba la veille du cinquième jour et la pince vaginale le sixième jour de l'opération. Réunion par première intention.

On gagne, par ce procédé, le temps de suturer les lambeaux aux fils; on en prévient l'infection par les sécrétions vaginales et rectales, et par suite la réunion s'en trouve des mieux assurée.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr Thiercelin

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

L'intubation (*Therap. Monatshefte*, novembre 1900). — Quadflieg dispose d'une statistique, concernant 43 cas d'intubation, dont 19 seulement ne furent pas suivis de trachéotomie : ces derniers ont donné 10,6 0/0 de mortalité, les 24 autres 25 0/0. Au-dessous de 20 mois, l'intubation est préférable, car la trachéotomie se compliqne alors presque toujours de pneumonie (arrivée d'air trop froid dans le poumon).

A la suite de l'intubation, on voit les enfants présenter en premier lieu des troubles de déglutition inquiétants; au bout de quelques minutes la situation s'améliore toutefois dans la plupart des cas. Il est bon de laisser dans la règle le tube en place pendant 2 jours, mais on est souvent obligé de tuber à nouveau, et si au bout du 3e tubage l'enlèvement définitif du tube ne peut s'effectuer, il est préférable de trachéotomiser. La durée maxima de l'intubation a été, pour les cas de l'auteur, de 96 heures.

L'alimentation des enfants tubés n'a jamais présenté de difficultés : les troubles de la déglutition ont toujours pu être vaincus. Jamais il n'a été fait usage de la sonde : on n'observa jamais de vomissements.

L'intubation provoque toujours une poussée fébrile plus ou moins marquée et parfois des accidents pulmonaires qui n'ont jamais été assez marqués pour nécessiter l'enlèvement du tube. L'auteur n'a enregistré aucune paralysie des cordes vocales, aucun décubitus, aucun symptôme de sténose. La voix reste pendant plusieurs jours, après l'enlèvement du tube, un peu enrouée, mais cet accident disparaît lentement sans traitement.

L'auteur déconseille le tubage hors de l'hôpital : les accidents nécessitant une prompte intervention sont trop fréquents (expulsion du tube, accumulation des fausses membranes, etc.)

Il est préférable de ne pas recourir à la narcose, toujours dangereuse chez un sujet intoxiqué par la diphtérie.

L'auteur ne croit pas que le tubage soit jamais destiné à remplacer la trachéotomie dans tous les cas ; les sujets chez lesquels le tubage est possible guérissent plus rapidement que les autres.

E. Thiercelin.

Guérison sans opération des hernies de la première enfance par M. Taillens (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1900, n° 8). — Dans cette étude, l'auteur s'étend sur la facilité connue avec laquelle les hernies des petits enfants guérissent sous un bandage contentif quelconque, vu la tendance naturelle à la guérison. Avant un an, on se sert de bandages improvisés, tampons de ouate, boules de cire, etc., après un an, le bandage est souverain, à la condition dit-il, d'être porté nuit et jour. Cette opinion est critiquable, vu précisément la tendance des parois du conduit vagino-péritonéal à se fermer. Il n'est pas nécessaire pour obtenir des succès, d'imposer le port du bandage nuit et jour à ces jeunes sujets. Parmi les causes de la hernie, dont certaines peuvent être évitées, notons surtout le *phimosis*, qui entraîne par voie réflexe des *efforts de miction*. Il faut dilater les orifices préputiaux rétrécis ou mieux opérer ces petits malades. On voit alors la hernie disparaître parfois spontanément.

Donc, à moins que la hernie ne donne des troubles digestifs graves, qu'elle ne cesse d'augmenter ou qu'elle ait des tendances à l'étranglement, on doit toujours chez les sujets du premier âge, tenter la guérison par les *bandages*.

A. Benoit.

Ponctions lombaires chez les enfants (*Therap. Monatshefte*, septembre 1900). — Kohts, après avoir hésité assez longtemps à utiliser la méthode préconisée par Quincke, s'est décidé, après avoir reconnu son innocuité, à la pratiquer sur 33 enfants, dont 20 étaient atteints de méningite tuberculeuse, 6 de méningite cérébro-spinale suppurée, 4 d'hydrocéphalie (1 cas avec spina bifida, 2 avec tumeur cérébrale), 2 de méningite simple et 1 d'éclampsie (enfant de 3 mois).

La ponction a été faite, en général, dans l'espace intervertébral séparant la 3e lombaire de la 4e : l'aiguille fut enfoncée à 2 à 4 cm. suivant l'âge des enfants. L'auteur n'a observé aucune complication : la quantité de liquide soustraite a varié entre 4 et 10 ccm. Dans aucun cas, ce liquide n'a contenu du sucre, et le poids spécifique a varié entre 1002 et 1008. Dans 50 0/0 des cas de tuberculose, on retrouva le bacille de Koch dans le liquide, ce qui est une proportion assez faible : le diagnostic de méningite tuberculeuse est, du reste, assez facile à poser et ne nécessite pas de confirmation bactériologique.

Il arrive parfois que peu de temps après la ponction, les petits malades sortent de leur état de somnolence, demandent à boire ou à manger, mais ne tardent pas à retomber dans leur état primitif. Les convulsions peuvent de même disparaître, mais on n'observe jamais de résultat curatif véritable dans la méningite tuberculeuse. L'auteur n'en recommande pas moins l'intervention, car elle procure au malade une amélioration marquée, bien que passagère.

La méningite cérébro-spinale purulente a donné des résultats favorables dans 4 cas sur 6.

Dans les cas d'hydrocéphalie avec tumeur cérébrale les résultats ont été négatifs et l'opération est absolument contre-indiquée, car d'autres auteurs ont observé des morts subites en cours d'opération. Dans un cas compliqué de spina bifida, il fut impossible d'empêcher le suintement continu du liquide cérébro-spinal par la plaie due à la ponction.

E. Thiercelin.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La fortoïne (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 novembre 1900). — Neter a administré la fortoïne à 21 enfants âgés d'un an environ, à la policlinique de Neumann, à Berlin. Les doses ont été de 0 gr. 01 à 0 gr. 125 toutes les deux ou trois heures dans des cas d'entérite.

Dans les cas où l'entérite était récente, avec selles aqueuses, le médicament est resté sans effet. Dans les formes subaiguës ou chroniques, des résultats favorables ont été, en revanche, rapidement obtenus. L'action paraît donc rappeler celle du tannin et de ses dérivés.

E. Vogt.

L'hédonal (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 novembre 1900). — Cet hypnotique nouveau du groupe de l'uréthane a été expérimenté à l'hospice grand-ducal de Gehlsheim, par Schluter, sur 11 cas. La dose maxima par jour a été de 5 grammes, la dose moyenne de 2 grammes. La

poudre a été en général administrée dans de l'eau ou du lait chaud, et plus rarement, dans du vin rouge.

L'emploi de doses élevées a toujours été suivi d'un résultat positif, et le médicament semble exempt d'inconvénients. En tous cas, il ne faut pas l'administrer pendant trop longtemps, car son action pourrait s'épuiser.

E. Vogt.

Nouvelles recherches concernant l'aspirine (*Therap. Monatshefte*, novembre 1900). — Manasse a donné l'aspirine dans 16 cas (mai-octobre 1900) : une seule fois, il a enregistré des troubles gastriques, dans tous les autres cas, le médicament a été fort bien supporté et les effets anti-névralgiques facilement obtenus. Il s'agissait en général de rhumatisme aigu ou chronique.

L'auteur recommande vivement cette prépation salicylée exempte des inconvénients ordinairement inhérents à ce groupe de médicaments : le prix est malheureusemant assez élevé.

E. Vogt.

Nouvelles recherches sur le citrophène (*Therap. Monatshefte*, novembre 1900). — Hirschkron prescrit le citrophène dans le rhumatisme chronique, à 1 gramme par dose, en lui associant des enveloppements locaux de linges mouillés d'eau chaude et recouverts de boue ichthyolée. Le citrophène doit toujours être, dans cette affection, choisi de préférence, car on peut en continuer l'emploi sans aucun inconvénient, ce qui n'est pas le cas avec les préparations salicylées.

Dans la céphalalgie, surtout quand elle est d'origine rhumatismale, il suffit souvent de l'administration d'un gramme de citrophène pour supprimer les accidents. On peut de même enrayer les accès de migraine. Parmi les névralgies, ce sont surtout celles du trijumeau et de l'occipital qui sont favorablement influencées. Même résultat dans un cas de névralgie intercostale. Chez un ataxique, le citrophène se montra seul capable d'enrayer les crises de douleurs fulgurantes.

E. Vogt.

La stypticine, par le Dr Perez Noguera (*Los nuevos remedios*, octobre 1900). — On donne le nom de stypticine au chlorhydrate de cotarnine.

La cotarnine cristallise en aiguilles incolores, peu solubles dans l'eau froide, très solubles dans l'alcool et l'éther : elle se dissout très bien dans les solutions de soude et d'ammoniaque et difficilement dans celle de potasse.

Administrée par la voie gastrique à la dose de 10 à 20 centigrammes à la fois, elle diminue l'excitabilité des centres respiratoires et vasomoteurs de la moëlle allongée, ralentit les mouvements de la respiration, diminue très sensiblement la pression sanguine et ralentit la circulation sanguine.

Quelquefois on observe aussi une certaine tendance au sommeil, ne dégénérant jamais en narcotisme et pouvant être vaincue sans difficulté.

Avec des grandes doses, 80 centigrammes à 1 gramme, en une fois, les effets de la stypticine sur les centres cérébraux et bulbaires s'accusent davantage. Il y a obtusion intellectuelle, diminution des réflexes, atonie musculaire très voisine de la paralysie complète, fort abaissement de la pression sanguine, refroidissement et lenteur extrême des mouvements respiratoires. Quelquefois on voit des convulsions.

Quand la quantité administrée est toxique (40 à 50 centigrammes par kilogramme de poids de l'animal) il survient des convulsions tétaniformes, de la paralysie musculaire, une abolition des réflexes, du collapsus et de l'asphyxie.

Freund et Gottschad furent les premiers à employer la stypticine dans le traitement des hémorragies utérines; ils ont conclu de ces expériences que la stypticine est tout aussi bonne que l'ergot de seigle, car non seulement elle arrête l'hémorragie, mais encore elle calme l'excitation nerveuse et prédispose au sommeil, ce qui est très utile dans la majorité des cas. D'autres auteurs l'ont employée dans les métrorrhagies par manque d'involution, ou encore dans les métrorrhagies d'origine congestive et dans celles de l'endométrite fongueuse, celles qui accompagnent le début des règles ou la ménopause. Les résultats furent nuls quand il y avait des exsudats périmétritiques, des tumeurs des annexes ou des polypes utérins si petits soient-ils. Elle est contre-indiquée en cas d'avortement.

On a employé aussi la stypticine dans quelques cas de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie, avec résultats encourageants (injection hypodermique de 1 à 5 centimètres cubes d'une solution de 1 pour 10).

Le chlorhydrate de cotarnine peut s'administrer en pilules, cachets, potions, sirops et injections hypodermiques à la dose de 5 à 10 centigrammes par prise et 25 à 50 par jour, quand on l'administre par voie gastrique, et 10 à 40 en une ou plusieurs fois quand on a recours aux injections hypodermiques.

L'injection se fait dans la région fessière.

F. Berini.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

INJECTIONS HYPODERMIQUES (*Suite*).

MENTHOL (soluble dans l'alcool, les huiles fixes, les essences).

Formules :

Menthol..... 10 grammes
Vaseline liquide..... 90 —

Injecter 1 à 2 centimètres cubes.

(Albin-Meunier).

Menthol..... 2 grammes
Essence d'eucalyptus.. 3 —
Eau distillée..... 100 —

Injecter 1 à 4 centimètres cubes.

(Hewelke).

Dose:

0 gr. 10 à 0 gr. 20

Indication thérapeutique: Anti-névralgique, anti-bacillaire.

MERCURE.

a) Mercure métallique (huile grise).

Mercure métallique..... 20 grammes
Lanoline..... 5 —
Vaseline liquide..... 35 —

Injecter trois divisions de la seringue de Pravaz (de la capacité d'un centimètre cube).

Mercure purifié..... 20 grammes
T. éthérée de benjoin.... 5 —
Vaseline liquide..... 30 —
Vaseline solide..... 10 —

Injecter 1 centimètre cube.

b) Benzoate de mercure (soluble dans l'eau additionnée d'un chlorure alcalin).

Benzoate de mercure... 0 gr. 25
Eau distillée..... 30 gr.
Chlorhydrate de cocaïne..... } ãã 0 gr. 06
Chlorure de sodium chimiquement pur.. }

Injecter 1 centimètre cube.

(Gaucher).

Benzoate de mercure... 0 gr. 30
Chlorure de sodium.... 0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 15
Eau..... 40 grammes

Injecter 1 centimètre cube.

(Stoukowenkoff, Balzer).

Dose: 0 gr. 005 à 0 gr. 01 par jour.

c) Protochlorure de mercure (calomel). Insoluble dans eau, alcool, corps gras.

Calomel..... 0 gr. 50
Huile d'olive stérilisée.... 10 cc.

(Fournier).

Dose:

0 gr. 05 à 0 gr. 10 par injection

Une injection par semaine.

d) Bichlorure de mercure (sublimé) soluble dans 15 parties d'eau.

Sublimé..... 0 gr. 05
Eau stérilisée..... 100 grammes

Injecter 10 à 20 centimètres cubes.

Pour les injections intra-veineuses, employer comme véhicule la solution saline physiologique de chlorure de sodium à 7 gr. 50 p. 1000.

Dose : 0 gr. 01 par jour.

Pour injections intra-musculaires, intra-veineuses, sous-conjonctivales.

e) Cyanure de mercure (soluble dans 8 parties d'eau).

Cyanure de mercure.. 1 gramme
Eau distillée..... 100 grammes

Injecter 1/2 à 1 cc.

Dose : 0 gr. 01 par jour.

f) Biiodure de mercure.

Presque insoluble dans l'eau; mais soluble dans l'eau additionnée d'iodure de potassium : insoluble dans l'huile; cependant, par la chaleur (75-80°) et la trituration suffisamment prolongée, on obtient un produit homogène contenant pour une même valeur une dose sensiblement égale de mercure.

Biiodure de mercure..... 0 gr. 40
Huile stérilisée..... 100 cc.

Injecter 1 cent. cube. (Panas, Fournier).

Biiodure de mercure.. } ãã 1 gramme
Iodure de potassium.. }
Phosphate tribasique de soude..... 2 grammes

Eau distillée qs. pour 50 cc.

Injecter 1/2 centimètre cube. (Yvon).

Dose: 2 à 10 mill. par injection et par jour.

g) Oxyde jaune de mercure.

Oxyde jaune de mercure 1 gr. 50
Vaseline liquide..... 15 grammes

Injecter 1 centimètre cube. (Balzer).

Dose : 0 gr. 05 à 0 gr. 10 pour une injection, à répéter tous les huit jours.

h) Peptonates et albuminates de mercure (inusités aujourd'hui en raison de la difficulté d'assurer l'asepsie et de la douleur provoquée par l'injection.

i) Salicylate de mercure : soluble dans l'eau (quoique soluble, agirait comme les composés insolubles).

Dose:
0 gr. 005 à 0 gr. 02 pour une injection, une injection tous les 8 jours.

j) Succinimide de mercure (très soluble dans l'eau.

Succinimide mercurique..... 0 gr. 25
Eau distillée..... 100 grammes
Injecter 1/2 à 1 centimètre cube. (Jullien).
Dose : 0 gr. 004 à 0 gr. 005

J. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpital de la Charité. — M. Maygrier : tous les jeudis, à 10 heures, leçon de clinique obstétricale à l'amphithéâtre.

Tous les matins à 9 heures, visite dans les salles et interrogation des élèves. Le samedi, après la visite, conférence par M. Blondel, chef du laboratoire.

Pendant les mois de décembre et janvier, tous les jours, à 5 heures 1/2, cours d'accouchement (suivi de manœuvres obstétricales), par MM. Bouchacourt et Thoyer-Rozat.

Hôpital Necker. — Clinique et consultations médicales. M. le Dr Huchard a commencé ses leçons de clinique thérapeutique et ses consultations médicales le vendredi, 7 décembre, à 9 h. 1/2 précises, au nouvel amphithéâtre Laënnec, et les continuera tous les vendredis à la même heure. Présentation de dix à quinze malades, discussion sur le diagnostic et le traitement.

L'inauguration du nouvel amphithéâtre Laënnec a eu lieu le vendredi 14 décembre, à 10 heures.

Faculté de médecine de Paris. — Dans une de ses dernières réunions, le Conseil de la Faculté a admis en principe la création d'un enseignement des maladies tropicales. Cet enseignement serait rattaché aux chaires d'hygiène et d'histoire naturelle et parasitologie médicales.

M. le doyen Brouardel, paraît-il, s'occupe activement de l'organisation, dans les locaux de la Faculté d'un *bureau de renseignements pour les médecins*, destiné à fournir à ceux de nos confrères de l'étranger et de la province qui viennent visiter Paris au point de vue médical, tous les renseignements désirables sur l'enseignement clinique, les cours de la Faculté et des hôpitaux, les cliniques de spécialités, les services d'hygiène, etc., en un mot, tout ce qu'un médecin désireux de connaître rapidement l'organisation médicale de Paris et d'y faire des études fructueuses, sans tâtonnements, et sans prendre de temps, peut souhaiter rencontrer.

C'est là une innovation des plus heureuses, à laquelle les amis de la science française ne pourront qu'applaudir, et qui complètera dignement la réorganisation de la nouvelle Faculté. Elle répond à un désir souvent exprimé par les médecins étrangers venant visiter Paris et ne pourra que leur rendre plus utile et plus agréable le séjour de la capitale. La création réalisée par notre Doyen, ne rencontrera, dans la circonstance que les éloges de tous.

Nécrologie : M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, commandeur de la légion d'honneur, vient de succomber à l'âge de 83 ans, enlevé rapidement par une pneumonie : huit jours auparavant, il était encore à son fauteuil, dans lequel il avait succédé à Béclard en 1887. Homme de devoir, doué d'une volonté très ferme, il avait rempli ses délicates fonctions avec une vigilance, une correction, et aussi une fermeté sans pareille, nul ne savait comme lui défendre la tribune de l'Académie contre l'invasion des amateurs de publicité bruyante. Dévoué profondément aux intérêts de l'Académie dont il avait fait un peu sa « chose », il se consacra presque exclusivement à cette tâche, dirigeant avec une grande activité le service de la vaccine, stimulant le travail des commissions, veillant à l'organisation des grandes séances, aux concours pour les prix, au choix des *éloges* à prononcer annuellement, aux rapports avec les ministères.

Homme de haute valeur, il a laissé de remarquables travaux sur la pédiatrie, sur l'hygiène et la police sanitaire, sur l'alcoolisme, etc.

Nlle Imprimerie. R. Lasnier, dir., 3, rue Bourdaloue, Paris — *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

LE CACODYLATE DE FER. — Les travaux récents de MM. Gilbert et Lereboullet ont attiré l'attention sur les propriétés remarquables du cacodylate de fer. A priori, d'ailleurs, on pouvait prévoir que l'association de deux médicaments qui ont séparément fait leurs preuves comme toniques, devait donner d'excellents résultats. Sans retomber dans les errements de l'antique polypharmacie, l'association de médicaments simples, nettement synergiques, surtout lorsque ceux-ci exercent leur action en tendant au même but par des voies physiologiques différentes, est destinée évidemment à rendre de très grands services. L'effet d'un médicament peut se trouver ainsi doublé, en quelque sorte, si, sa dose maxima étant atteinte, on arrive à ajouter à cet effet, une nouvelle proportion d'effet analogue au moyen d'un second médicament faisant *travailler* dans le même sens des tissus différents.

L'association de l'arsenic et du fer est une des plus typiques que l'on puisse citer des médicaments synergiques, le fer enrichissant en métal le globule rouge, l'arsenic retardant la rapidité de la désassimilation jouant ainsi le rôle d'un véritable fixateur, en même temps qu'il stimule puissamment les organes chargés de l'hématopoièse : l'expérience a d'ailleurs démontré de longue date les bons effets de cette association.

Ceci étant établi, il était tout naturel de songer à aller plus loin et d'employer, non pas des doses simultanées d'arsenic et de fer, mais de véritables sels d'arsenic et de fer ; il n'y a pas seulement là facilité plus grande pour l'administration du médicament, mais introduction dans l'organisme d'une combinaison définie dont on sait d'avance dans quelle mesure ses éléments sont capables de s'associer. Malheureusement, l'arséniate de fer, très logiquement indiqué au point de vue théorique, est presque inapplicable dans la pratique ; en effet, les proportions suivant lesquelles peuvent s'associer l'arsenic et le fer ne correspondent nullement aux doses *thérapeutiques* particulières de chacun des deux composants. Si l'on se règle sur l'arsenic et que l'on s'en tienne à 10 centigrammes, il n'y a plus assez de fer ; si l'on se base sur les doses suffisantes de fer, on dépasse la dose toxique d'arsenic. Aussi, le médecin doit-il se contenter de prescrire simultanément l'arseniate de soude et un sel de fer dans une parfaite ignorance de ce qui en résultera au point de vue chimique, donc dans la plus complète incertitude des résultats physiologiques qui en découleront.

La même difficulté a failli se produire quand le cacodylate de fer a été introduit dans la thérapeutique par MM. Gilbert et Lereboullet.

La théorie fait prévoir l'existence de deux cacodylates de fer au moins et l'expérience démontre en effet que l'acide cacodylique peut s'unir en deux proportions différentes au fer, pour donner le cacodylate ferrique et le cacodylate ferreux.

Le premier de ces sels, dont on a tenté l'emploi thérapeutique, ne saurait avoir l'activité que fait prévoir l'union du fer et de l'arsenic. Il ne contient qu'une très faible proportion de fer au maximum d'oxydation, condition des plus défavorables à son action.

Si nous rappelons, en effet, que le poids moléculaire de l'acide cacodylique est 138 et celui du fer 56, nous voyons, en regard de la formule des sels ferriques, Fe^2X^6, que, pour administrer 0 gr. 05 de fer à l'état de cacodylate, on doit donner au malade 0 gr. 51 d'acide cacodylique, dose qui dépasse de beaucoup la posologie admise aujourd'hui. Le cacodylate ferrique est donc sutout un arsenical.

Le Cacodylate ferreux, outre que sa conservation et sa préparation sont pratiquement pleines de difficultés, ne présente pas une composition chimique telle que les deux éléments actifs y soient dans une proportion thérapeutique. Sa formule, du type FeX^2, nous montre que, pour donner 0 gr. 05 de fer, on devrait administrer en même temps 0 gr. 27 d'acide cacodylique.

Ces considérations générales sur la composition des cacodylates de fer ont amené M. Comar à rechercher la préparation d'un dérivé ferreux de l'acide cacodylique unissant dans la même molécule le fer et l'arsenic dissimulé à dose de médicament. Ce nouveau sel, qui répond au nom de **Marsyle**, répond à ces desiderata de la façon la plus heureuse.

Le Marsyle Clin est en effet un composé *défini* et *stable*, qui renferme en *combinaison* une molécule d'acide cacodylique avec une molécule de fer au minimum d'oxydation. Il se dissout dans l'eau en donnant une solution vert pâle (couleur des protosels de fer), qui ne présente jamais d'odeur aliacée et n'est jamais envahie par les moississures ; le fer s'y conserve à l'état de sel ferreux et l'arsenic y est sous la forme dissimulée.

Sa formule est telle que 0 gr. 05 de fer correspondent à 0 gr. 12 d'acide cacodylique.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attache à ce nouveau composé présentant en combinaison soluble, stable et assimilable, le fer et l'arsenic à leurs doses thérapeutiques.

Il nous suffit de dire que, l'arsenic y étant combiné à l'état d'acide cacodylique, il ne se produit pas, du fait d'une administration prolongée, les phénomènes d'intolérance signalés par plusieurs auteurs, et que l'on observe au cours de la médication par le mélange de sels de fer et de préparations à base d'arsenic, déjà mentionné plus haut.

Enfin, remarque très importante, parmi les nombreux malades qui ont déjà été soumis au traitement par le Marsyle Clin, un très petit nombre seulement a accusé l'odeur alliacée, mais atténuée et infiniment moins intense que celle qui se produit après l'absorption du Cacodylate de soude.

L'acide cacodylique combiné au fer à l'état de Marsyle Clin, résiste mieux, très certainement, aux actions probablement réductrices qui, dans le tube digestif, tendent à le transformer en composés d'oxydation inférieure dont l'odeur caractéristique incommode les malades.

Le médecin peut le prescrire à son choix sous forme de GOUTTES, — solution exactement dosée renfermant 0.10 de marsyle pour 20 gouttes —, de GLOBULES (0,025 de marsyle par globule enrobé au gluten, donc ne fatiguant pas l'estomac), ou enfin de SOLUTION INJECTABLE celle-ci est livrée en ampoules stérilisées renfermant 0,05 de marsyle par centimètre cube. L'injection, contrairement à ce qui se produit habituellement avec les sels de fer, est presque toujours indolore et ne donne pas lieu à la formation de nodules.

M. Comar a donc très heureusement réalisé la solution d'un intéressant problème pharmacologique, en dotant la thérapeutique d'un puissant agent d'action contre la chlorose et la cachexie, dont les expériences entreprises dans les hôpitaux et les observations recueillies journellement dans la pratique de ville, ne font que démontrer de plus en plus la remarquable efficacité.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 136, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic

Comité de direction scientifique : MM. les Docteurs d'ARSONVAL, de l'Institut ; TRIPIER, E. DOUMER, OUDIN.
Rédacteur en chef : M. le Dr E. DOUMER, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, docteur ès-sciences.

Ces **Annales** paraissent tous les deux mois, depuis le 15 janvier 1898, par fascicules grand in-8° de feuilles chacun (114 pages), avec gravures dans le texte et planches hors texte.

Abonnement : Un an, du 15 janvier, Paris, **26** francs ; départements et étranger, **28** francs

REVUE PHILOSOPHIQUE

DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Dirigé par **TH. RIBOT**, Professeur au collège de France. (26e année 1901)

Paraît tous les mois par livraisons de 7 feuilles grand in-8°, et forme chaque année 2 volumes de 680 pages chacun

Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr.

Les années écoulées, chacune 30 fr. et la livraison 3 fr.

Revue de l'école d'Anthropologie

RECUEIL MENSUEL PUBLIÉ PAR LES PROFESSEURS (11e année, 1901).

La **Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie de Paris** paraît le 15 chaque de mois. Chaque livraison forme un cahier de deux feuilles in-8° raisin (32 pages.)

Abonnement : Un an (à partir du 15 janvier) pour tous pays, **10** francs; la livraison, **1** franc.

Journal de l'Anatomie et de la Physiologie

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

Dirigé par **MATHIAS DUVAL**, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine
Avec le concours de MM. **RETTERER** et **TOURNEUX**.

Trente-septième année (1901).

Ce journal paraît tous les deux mois. Il forme à la fin de l'année un beau volume grand in-8°, de 700 pages environ, avec de nombreuses gravures dans le texte et 30 planches lithographiées en taille-douce, en noir et en couleurs, hors

Un an : pour Paris, 30 fr. ; pour les départements et l'étranger, 33 fr. — La livraison, 6 fr.

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan, chez tous les libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale.

Envoi gratis de numéros spécimens sur demande.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

Maladies infectieuses

Abcès de fixation et de neutralisation, 843.
Anémie (injections sous-cutanées d'arsenic dans la malaria et dans l'), 158.
Antipyrétiques chimiques (les), 340.
Cachexie palustre (du cacodylate de soude dans le traitement de la), 626.
Diphtérie (la sérothérapie dans la), 697. — (traitement de la), 85.
Dysenterie (l'ichtyol dans la), 696.
Fièvre palustre (chlorhydrate de phénocolle dans la), 696. — typhoïde (alimentation dans la), 157. — typhoïde (causes et traitement de la), 84. — typhoïde (injections préventives contre la), 307. — (l'eau chloroformée dans la), 308. — typhoïde (le météorisme de la) et son traitement, 772. — typhoïde (traitement abortif de la), 448. — typhoïde (traitement pratique de la), 233, — typhoïde (traitement spécifique de la), 341. — typhoïde (utilité des lavements de sérum artificiel dans le traitement de la), 554.
Grippe (formes atténuées de la) et principes de traitement, 232. — (influence de la) sur les manifestations arthritiques, 300. — (traitement des formes thoraciques de la), 339.
Inoculations antityphiques (résultats obtenus par les), 84.
Laryngites de la rougeole (tubage dans les), 307.
Malaria (l'euquinine dans le traitement de la), 341. — (injections intra-musculaires de quinine dans la), 234. — (injections sous-cutanées d'arsenic dans la) et dans l'anémie, 158. — (le bleu de méthylène dans la), 306. — (rapport de la commission de la), 158. — (traitement de la), 843. — (traitement de la) par le bleu d'aniline, 696. — (travaux de l'expédition de la), 447.
Paludisme aigu ou chronique (traitement du) par les injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine, 191. — et quinine, 807.
Péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde (traitement de la), 308.
Peste bubonique (symptômes et traitement de la), 806.
Pneumococcies vraies chez des grippés, 152.
Rougeole (bains tièdes et bains froids dans le traitement des complications de la), 771.
Scarlatine (angines de la), 771. — (traitement de la) par l'arsenic à l'intérieur, 234.
Sérum antipneumococcique (le), 448. — employés actuellement dans la thérapeutique (valeur des différents), 377.
Sulfhydrothérapie antimicrobienne, 365, 397.
Tétanos (du), 158. — aigu traumatique traité avec succès par le sérum antitétanique, 843. — d'une durée de dix-neuf jours guéri par l'antitoxine, 85. — (le) étude clinique et thérapeutique, 375. — traumatique. Guérison par la méthode de Baccelli, 807. — traumatique traité par le sérum, 772.
Tuberculose (contagion de la), 492. — (emploi du persulfate de soude dans le traitement de la), 661. — expérimentale (action des courants de haute fréquence sur la), 844. — expérimentale (thérapeutique de la) par la viande, 447. — (l'acide cinnamique et la leucocythose : leur rôle dans le traitement de la), 661.
Vaccination (technique de la), 158.
Variole hémorrhagique (injections sous-cutanées de sérum gélatiné dans la), 85. — normale (traitement de la) par vaccination intensive, 625.
Vérole (traitement efficace de la petite), 376.

Maladies générales non infectieuses

Maladies de la nutrition et intoxications

Adénites chroniques (l'organothérapie des), 808.
Albuminuries fonctionnelles (étude des), 373. — — (indications du régime lacté dans le traitement des), 303.
Alcoolisme chronique (hypnose dans l'), 235. — (traitement de l') employé à l'asile Bery, 305. — (traitement de l') par la suggestion, 49.
Antirhumatismal (l'aspirine, nouveau remède), 123.
Applications locales d'air à hautes températures (effets thérapeutiques des), 627.
Artério-sclérose (l') et son traitement, 86.
Arthrite (effets de l'électricité statique dans les accidents dûs à l'), 190.

Arthritisme et végétarianisme, 234.
Basedow (médication interne de la maladie de), 448. — (le myxœdème et la maladie de), 448. — (traitetement chirurgical et traitement électrique de la maladie de), 270.
Cancer (traitement du) par la diffusion cataphorique des oxychlorures de mercure et de zinc, 123.
Chloro-anémies (la médication arsenico-ferrugineuse dans les), 49.
Cocainisation rachidienne (un cas de mort par) 628.
Crétinisme (l'extrait thyroïdien dans le), 808.
Croissance (traitement des arrêts de), 302.
Démorphinisation, 270.
Diabète (azotate d'urane dans le), 449. — insipide (traitement du) par l'hydrate d'amylène, 556. (pronostic de la glycosurie et du), 160. — sucré (la pomme de terre comme aliment dans le), 626.
Diabétiques (le pain chez les), 159. — (les pommes de terre dans l'alimentation des), 86.
Erysipèle de la face (traitement de l') par des badigeonnages d'une solution huileuse de gaïacol, menthol et camphre, 516.
Glycosurie (pronostic de la) et du diabète, 160.
Goutte (les résultats du traitement par l'air chaud dans le rhumatisme et la), 556.
Hémoglobine (action des métaux lourds sur l') 842.
Intoxications par l'opium (permanganate de potasse comme antidote dans les), 194.
Lymphadémie (traitement de la), 302.
Morphi-cocainomanie (un cas grave de), 411.
Morphinisme (le), 193. — (traitement du), 809.
Obésité (balnéothérapie de l'), 412. — (indications de la diminution de l'ingestion des liquides dans le traitement de l'), 342. — (thérapeutique et hygiène de l'), 556. — (traitement de l'), 343. — (traitement médicamenteux de l'), 122.
Rachitisme (le phosphore dans le), 269. — (le sanatogène dans le), 122.
Rhumatismales (traitement des affections) par l'iodate de soude, 269. — (valeur thérapeutique de la lumière électrique dans les affections), 304.
Rhumatisme aigu et chronique (l'eau ordinaire comme traitement efficace et prophilactique du), 808. — articulaires (salicylate de méthyle contre les), 557. — chronique (emploi de l'électricité dans le), 481. — chronique (médication alcaline et médication acide dans un cas de), 298. — (résultats du traitement par l'air chaud dans le) et la goutte, 556. — (Traitement du), 481. — (traitement du) à l'hôpital de New-York, 411. — (troubles de la fonction thyroïdienne après un). Traitement, 343.
Saignée (cas de) d'après la méthode de Dyes, 482.
Scrofule (traitement général de la), 325.
Tuberculose (la médication arsenico-ferrugineuse dans la), 49.
Urémie (action des courants de haute fréquence sur certaines manifestations de petite), 482. — aiguë (la saignée dans l'), 160. — (diagnostic et traitement de l'), 192.
Werlhoff (maladie de) récidivante avec hématuries lors de la dernière atteinte, 412.

Chirurgie générale

Abcès pelviens appendiculaires opérés par la voie rectale, 451.
Abdomen (plaie perforante de l') guérison par l'immobilité et la diète absolue, 483. — (traitement des plaies pénétrantes de l'), 124. —
Adénites géniennes. Causes. Traitement, 308.
Adénopathies cervicales chroniques (traitement des), 810.
Amygdale (abcès de l'), diagnostic et traitement, 379.
Anastomoses intestinales et gastro-intestinales, 700.
Anémie grave à la suite d'hémorragies dues à des hémorroïdes méconnues, 196.
Anesthésie (de l'), par injections intra-rachidiennes de cocaïne, 773, 774. — générale (emploi plus restreint de l'), 128. — locale d'après le procédé de Schleich, 487. — médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne, technique et résultats, 414. — par infiltration, 663. — par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire, 379. — par injection lombaire intra-rachidienne de cocaïne et d'eucaïne, 772.
Angiomes (électrolyse dans les), 196. — lymphatique, 124.
Anthrax de la cuisse traité par l'excision, guérison, 344.
Antiseptiques chirurgicaux (les), 649, 685.
Aorte (ligature de l') par erreur, 412.
Apophyse mastoïde (opérations intéressant l'), 379.
Appendice cœcal (incisions nouvelles pour aborder l'), 413. — (résection de l') à froid, 450.
Appendicite (modification de l'opération pour) destinée à assurer l'intégrité de la paroi abdominale, 590. — (traitement de l'), 50, 577. — (traitement chirurgical de l'), 50.
Appendiculaire (traitement de la cavité péritonéale dans certaines formes rares d'infection d'origine), 195.
Arthrites chroniques (duotal et créosotal dans les), 310. — infectieuses (résection précoce

dans les) par plaies pénétrantes du genou, 87. — métatarso-phalangiennes (emploi de la radiographie dans l'examen des), 662.
Articulaires (vasogène ichthyolé dans les affections), 53.
Asepsie opératoire (de l'), 449, 558.
Astragale (reconstitution de l') et du calcanéum après la tarsectomie postérieure, 52.
Brulure (allongement autoplastique du jarret pour une contracture cicatricielle de), 521.
Calcanéum (reconstitution de l'astragale et du) après la tarsectomie postérieure, 52.
Cancer (le) et sa récidive, 160. — inopérables (traitement des), 346. — rectal (résection du rectum et du colon pelvien par la voie abdomino-périnéale accompagnée de l'évidement du pelvis pour l'extirpation du), 590. — (traitement du), 483, 757.
Capsules surrénales (tumeurs primitives des) et leur ablation opératoire, 273.
Carotide interne (suture de la), 413.
Colonne vertébrale (fracture de la) dans la région dorsale inférieure, intervention, 89.
Colostomie iliaque par double ligature, 236.
Congestion d'origine vertébrale suivie de guérison, chez de jeunes sujets (deux cas d'abcès par), 735.
Cou (les incisions opératoires au niveau du), 90. — (tumeur gazeuse du), 272.
Coude (traitement des fractures du), 53.
Coxalgie (Résection de la hanche dans la), 88. (traitement de la), 16. — (traitement de la difformité dans la), 126.
Crane (de la percussion méthodique du), 628. — (greffes osseuses pour perte de substance du), 809. — (indications de l'intervention immediate pour plaies pénétrantes du), 699. — (plaies pénétrantes du) par coup de feu, 809.
Craniotomie (technique de la), 774
Cuisse (traitement des fractures de la), 16.
Désarticulation inter-ilio-abdominale, 451.
Epaule (méthode facile de réduction des luxations de l'), 344.
Epithélioma (arsenic comme moyen de diagnostic dans le traitement de l'). 485.
Estomac (cancer de l'), 194. — cancéreux (résection de l'), 90. — (intervention chirurgicale dans le cancer de l'), 522. — (la chirurgie de l'), 810. — (prise des ganglions dans le cancer de l'), 91. — (traitement chirurgical des affections de l'), 310.
Face (la décortication de la), 700.
Foie (traitement chirurgical des kystes hydatiques du), 700. — (traitement des kystes hydatiques du), 52, 90, 124, 235.
Fractures (les) qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation, 628. — (massage dans les), 520. — (médication thyroïdienne dans le traitement des), 52. — (Radiographie dans le traitement des), 16. — (traitement des), 272. — (Traitement des) par le massage et la mobilisation, 309. — vertébrales (Statistique thérapeutique de 147), 734.
Gangrène des extrémités inférieures (traitement prophylactique de la), 452. — sénile, 521.
Gants aseptiques (les), 738.
Gastro-entérostomie (procédé de), 16.
Gastro-intestinal (cancer du conduit). Son diagnostic et son traitement, 379.
Gastrostomie (résultats éloignés de la), 413.
Gastrotomie (résultats éloignés et techniques de la), 451.
Genou (ablation d'un cartillage flottant de l'articulation du), 89. — (contusion et entorse du) avec épanchement, 53. — (de l'entorse du), 811. — (hydarthrose chronique du) traitée par la méthode de Schède, 845. — (traitement des tumeurs blanches du). 126.
Genu valgum (le) et son traitement, 519.
Greffe (emploi comme) du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule, 486.
Gros intestin (traitement opératoire des tumeurs du), 345.
Hanche en position vicieuse chez un homme de 28 ans (Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour ankylose de la), 559. — (méthode facile de réduction des luxations de la), 344. — (traitement de la luxation congénitale de la). 126. — (traitement et anatomie radiographique de la luxation congénitale de la), 733.
Hanche (traitement opératoire de la luxation congénitale de la), 630.
Hémorragies incoercibles à la suite d'extraction de dents (traitement des), 19.
Hémorroïdes (le chlorure de zinc dans le traitement des), 124. — (traitement chirurgical des), 484.
Hépatectomie (de l'), 17.
Hernies (cure radicale des) par glissement du gros intestin, 51. — étranglées (accidents rares au cours des opérations de), 51. — inguinale (cure radicale de la), 562. — inguinale (traitement opératoire de la), 811. — inguinales et crurales (cure radicale des) par le procédé de la myoplastie, 845. — ombilicales (cure radicale des grandes), 271.
Injection sous-arachnoïdienne de chlorhydrate de cocaïne d'après la méthode de Bier, 273.
Intestin gangrèné (résection primaire de l'), 91. — grêle (rétrécissements tuberculeux à forme hypertrophique de l'), 236.
Invagination iléo-cœcale, 345. — (traitement de l'), par la résection, 17.
Jambe (chevauchement des fragments dans la

fracture de), 520. — (traitement chirurgical de l'ulcère de), 485. — (traitement des fractures de), 845. — (traitement des ulcères de) par la compression et l'appareil silicaté, 522. — (traitement sanglant des fractures récentes de la), 630.
Kinésie préopératoire, 379.
Kystes hydatiques (traitement des), 195.
Lèvres (ablation des ganglions dans l'épithélioma des), 125.
Linite plastique; pylorectomie, guérison, 844.
Lithectomie cholédochienne, 109.
Mal de Pott (traitement du), 697.
Mamelle (cancer de la) résultats opératoires, 522. — de la maladie kystique des), 558.
Métatarsalgie (traitement de la), 272.
Monstre xiphopage (séparation chirurgicale d'un), 811.
Narcose chloroformique (mesures prophylactiques à prendre en cas de), 196. — combinée de bromure d'éthyle et de chloroforme, 19.
Œsophage (gastrotomie pour corps étranger de l'), 194.
Orbite (traitement des tumeurs de l') par la voie temporale, 451.
Orteil (greffe d'un) à la main, 344.
Os (morceau d') engagé depuis quatre ans dans le poumon gauche et extrait par les voies naturelles, 235.
Ostéo-arthrites tuberculeuses (nouvelle méthode de traitement des), 521.
Panaris diphtérique (le), 126.
Pancréas (chirurgie du), 736.
Pansement (compresses de soude et d'argile blanche comme objets de), 487.
Para-appendicites (des), 161, 194.
Paralysies (transplantation des tendons et ses succès dans le traitement des), 663.
Péricardotomie à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen, 591.
Péritoine (faut-il laver la cavité péritonéale dans l'inflammation progressive du), 161.
Péritonéale (traitement des abcès circonscrits de la cavité), 125.
Péritonisme (compresses à l'alcool dans le traitement du), 347. — (les compresses d'alcool comme traitement du) et des coliques appendiculaires, 451.
Péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X, 18. — diffuse traitée par l'ébouillantage, 273.
Péritonite tuberculeuse (traitement de la), 237. — tuberculeuse (traitement chirurgical de la), 51.
Phlegmons et autres affections septiques locales (injections sous-cutanées de solution aqueuse d'acide phénique à 50 0/0 dans les), 776.
Pied-bot (traitement des formes graves du) par l'ablation de la totalité des os du tarse, 558.
Plaies (eau oxygénée dans le traitement des), 846. — par armes à feu (infection et désinfection des), 237. — (emploi de pommades pour le traitement des), 738. — suppurées (traitement aseptique des), 310.
Pneumotomie par corps étranger, 235.
Polypes naso-pharyngiens (extirpation rapide des), 774.
Pouce (luxation du) irréductible : arthrotomie. Guérison par ankylose, 126.
Processus tuberculeux (traitement du) par le savon vert, 19.
Pylore (gastro-entérostomie postérieure transmésocolique pour rétrécissement du) guérison, 345,
Pyorrhée alvéolaire (traitement de la), 810.
Rachis (traitement de l'incurvation latérale du), 52.
Radiographie (dans le traitement des), 16.
Radius (traitement de la fracture classique de l'extrémité inférieure du) par le massage, 127.
Rayons X (troubles trophiques par les), 91.
Rectum (de l'extirpation des tumeurs de la partie supérieure du) chez la femme, 345. — (traitement chirurgical du prolapsus du), 413, 774. — (traitement opératoire du cancer du), 378.
Rhumatisme articulaire (traitement local du) au moyen d'un appareil électrique à air chaud, 196. — articulaire aigu (traitement du), par la méthode de Bourget, 162. — articulaire chronique progressif traité par le massage et les mouvements, 162.
Rotule (guérison des fractures transversales de la), 482. — (traitement de la fracture de la) suture tardive. Guérison, 483,
S. iliaque (traitement de la torsion de l'), 413.
Scoliose au début (traitement de la), 89. — (redressement forcé successif dans la), 560. — (thérapeutique de la), 698,
Sein (déductions thérapeutiques des récidives du cancer du), 775.
Shock opératoire et infection (soins à donner aux patients au cours des interventions chirurgicales, et moyen de les préserver du), 737. — opératoire (méthode pour éviter le) soins aseptiques pour les opérations, 812.
Sinus maxillaire (palpation du) et opération endo-nasale de l'empyème), 700.
Splénectomie, 701.
Splénomégalie malarique (la splénectomie dans la), 560.
Stérilisation du matériel de suture, 487.
Suture (nouveau procédé de), 414.
Sympathique (ablation du ganglion cervical supérieur du), 846.
Tibia (greffe osseuse pour pseudodarthrose du),

414. — (traitement ostéoplastique des pertes de substance du). 520.
Traumatismes (lumière électrique dans les), 196.
Tube digestif (anastomoses du), 413.
Tuberculoses articulaires et osseuses (cure marine des), 559. — locale (injections de formaline glycérinée dans la), 847. — locale (traitement de la) par l'alcool, 346. — osseuses (interventions précoces dans les), 88.
Tumeurs cancéreuses inopérables (traitement des), 346. — hémorroïdales (procédé d'extirpation des), 735. — malignes (régression médicamenteuse de), 663.
Ulcère de jambe (traitement de l'), 344. — variqueux (cure radicale des) par l'élongation des nerfs, 344. — variqueux (traitement des), 161.
Vaisseaux (suture des), et des nerfs, 413.
Volvulus (traitement radical du), par la résection, 17.

Maladies de l'appareil digestif

Angiocholites infectieuses (traitement chirurgical des), 848.
Appendicite à canal ouvert, 778.
Calculs hépatiques (expulsion de) sous l'influence de l'ingestion d'eau sulfureuse, 348.
Carcinome stomacal (disparition d'un) et d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin par l'action de la cancroïne, 564.
Cholécystostomie avec drainage étanche de la vésicule, 54.
Cirrhose hypertrophique alcoolique (un cas de guérison de), 848.
Cœcum (traitement diététique de l'inflammation du), 778.
Constipation chronique de l'enfance (traitement de la), 197. — habituelle (traitement de la), 347. — spasmodique (la) et son traitement, 163.
Crises gastriques tabétiques (des), 361.
Dermographisme, dyspepsie par fermentation latente, 15.
Diarrhée (traitement de la), 274. — nerveuse et son traitement (la), 348. — chronique nerveuse (traitement de la), 382.
Diathèse hypoacide (résultats de la médication par l'acide phosphorique dans la), 337.
Dilatation stomacale (traitement de certaines formes de), par l'huile à hautes doses, 162. — (traitement diététique de la), 237.
Dysenterie (traitement de la), 847. — (traitement de la), par le bleu de méthylène, 632.
Dyspepsies (classification des), 373, 410, 444. (cure sulfatée sodique dans le traitement des) et de l'emploi du sulfate de soude à faible dose comme laxatif, 776.
Entérites (traitement des), par la levure de bière, 848.
Entérocolites (lavements et suppositoires à l'extrait de myrtilles dans les), 197. — muco-membraneuse (traitement de l'), 145 et 181.
Epithelioma de la langue (le cacodylate de soude dans l'), 238.
Estomac (traitement de l'ulcère rond de l'), par le curetage et la pyloroplastie, 778.
Fermentations gastriques (traitement des), 488. — latente (dermographisme, dyspepsie par), 15.
Gastriques (action du massage sur le chimisme), 83. — (application des nucléoses à la thérapeutique), 83. — (l'orthoforme dans les affections, 163.
Gastro-entérostomie, 594. — à l'hôpital cantonal de Lausanne (indications et résultats de la), 632. — (les fonctions stomacales avant et après la), 702.
Gastropathies (classification et traitement des), 479. — (intervention chirurgicale dans le traitement des), 381.
Hémorroides (traitement des), par le naftalan, 703.
Hyperchlorhydrie (atropine contre l'), 489.
Iléotyphlite hypertrophique simulant une tumeur de la région iléocœcale. Ni néoplasme, ni tuberculose. Résection iléocœcale. Guérison, 666.
Intoxication intestinale, 229.
Lithiase biliaire prise pour une appendicite : cholécystostomie trans-hépatique, 593. — biliaire (traitement de la), 592. — rénale (traitement de la), 348.
Massage (action du), sur le chimisme gastrique, 82.
Muqueuse buccale chez l'homme (traitement par l'acide chromique des maladies inflammatoires et ulcéreuses de la), 702.
Nutrition extra-buccale (de la), 664.
Oesophage (traitement chirurgical des rétrécissements spasmodiques de l'), particulièrement du cardia, 565.
Opothérapie gastrique, 631.
Pancréas (diagnostic et traitement des tumeurs du), 665.
Périgastrite adhésive pylorique (deux cas de). 53.
Péritonite diffuse généralisée (conduite à tenir dans la), 666.
Pylore et du duodénum (action thérapeutique des grandes doses d'huile d'olive dans les sténoses organiques spastiques du), 564.
Pyrosis (eucasine dans le), 632.
Stomacales (emploi du suc gastrique d'animal dans les affections), 416. — (règles générales concernant le traitement des affections, 415.

Stomatite ulcéro-membraneuse. Traitement par l'eau oxygénée, 382.
Suc gastrique naturel provenant d'un animal (emploi thérapeutique du), 380.
Sulfate de soude (cure sulfatée-sodique dans le traitement des dyspepsies et emploi du), à faible dose comme laxaitf, 776.
Suralimentation par les corps gras : le sésamol, 631.
Toxines gastriques (les), 187.
Tube digestif (traitement des affections du), par le massage vibratoire électrique, 591.
Ulcérations gastriques (traitement opératoire des), 562.
Ulcère rond de l'estomac et son traitement par les lavages au perchlorure de fer, 563.
Urologie dans les maladies d'estomac, 381.

Appareil pulmonaire. Cœur et Vaisseaux

Anévrismes (traitement des) d'après le procédé de Lancereaux, 668. — (traitement des) par la gélatine, en injections sous-cutanées, 668. — (traitement des) par les injections de gélatine, 455. — sacciformes (traitement des), 166.
Artério-scléreux (sur l'origine urémique de l'angine de poitrine des), 779.
Asthme (pathogénie et traitement de l'), 848. — (traitement médicamenteux de l'), 198.
Broncho-pulmonaires chroniques (injection trachéale dans les affections), 21.
Cardiaques (bains artificiels de Nauheim dans les affections), 524. — (médicaments), 634. — (méthodes récentes utilisées dans les affections) ; bains et exercices, 350. — (repos et mouvement chez les), 454.
Cardiopathies diabétiques (traitement des), 383.
Cardio-vasculaires (traitement des troubles) nerveux ou fonctionnels, 198.
Circulatoires chroniques (traitement par la digitale des désordres), 523. — (teinture de veratrum viride étudiée spécialement au point de vue de ses effets sur l'appareil), 197.
Cœur (emploi de la digitale dans le traitement des maladies du), 491. — (maladie chronique du), 595. — (quelques points de la thérapeutique des maladies du), 417. — (traitement balnéo-mécanique, à domicile, des affections chroniques du), 516. — (traitement des maladies de), 849.
Dyspnée cardiaque (appareil pour soutenir le cœur dans les affections cardiaques et spécialement dans la), 131.
Empyème (irrigation sans contact de l'air, dans l'), 199.
Endocardite aiguë et chronique (traitement hydrothérapique de l'), 165.
Epanchements séreux (traitement des), 130.
Gymnastique respiratoire, 349.
Hémoptysies (terpinol dans les), 165. — (du terpinol dans l'), 454. — (traitement de l'), 417.
Injection trachéale dans les affections broncho-pulmonaires chroniques, 21.
Œdèmes d'origine cardiaque (traitement chirurgical des), 595. — (importance des) pour le diagnostic et le traitement de certaines maladies internes, 384.
Phtisie (l'acide formique et les inhalations de formaline comme préparation au traitement de la) au grand air, 130. — pulmonaire (le rôle des engorgements du foie dans la prédisposition à la) et secondairement dans sa marche, 253. — (traitement de la) par le plein air, 19.
Phtisiques (la cure de repos chez les), 594. — (les sueurs des) et leur traitement par le tellurate de soude, 163. — (la toux émétisante des) et son traitement, 505.
Pleurésie aiguë séro-fibrineuse (traitement de la) par l'apocynum cannabinum, 454. — avec épanchement (traitement de la), 164. — interlobaires (diagnostic et traitement des), 217.
Pneumonies et broncho-pneumonies grippales (traitement rationnel et physiologique des), 667. — et broncho-pneumonies infectieuses (traitement des) par la saignée, les injections de sérum artificiel et les enveloppements froids, 382. — franche (traitement de la) par l'ergotine, 633. — (intervention chirurgicale dans certaines formes de la), 452. — (traitement de la), 312, 433, 479, 633. — (traitement de la) par la levure de bière, 382. — aiguë (traitement de la), 311. — fibrineuse (traitement de la), 129. — franche (traitement de la), 452. — infantile (formes compliquées et traitement de la), 312. — (traitement de la par l'iodure de potassium 199.
Pneumothorax à soupape (diagnostic et traitement du), 311.
Pulmonaires (intervention chirurgicale dans les affections, 490.
Rétrécissement mitral pur (cure d'air dans le), 19.
Tuberculeux (traitement de l'hémoptysie des), 780.
Syncope (traitement kinésique de la), 596.
Trachéo-bronchiques et pulmonaires (les injections intra-trachéales dans les affections, 705.
Tuberculeux (action de l'aspirine sur la fièvre des), 490. — (danger de l'intervention électrothérapique dans les arthrites chez les), 227.
Tuberculose laryngée et pulmonaire (traitement de la) par les inhalations antiseptiques de menthol bromo-formolé, 704. — (lavements d'huile de foie de morue dans la), 453. — pulmonaire (action des eaux sulfureuses sur la), 625. — pulmonaire chronique (action des

courants de haute fréquence et de haute tension sur la), 313. — pulmonaire chronique (traitement de la) par les effluves de haute fréquence du résonnateur Oudin, 594. — pulmonaire (cynnamate de soude dans la), 452. — pulmonaire (de la gaiacolisation intensive dans le traitement de la), 622. — pulmonaire (électricité statique dans la), 453. — pulmonaire (le sérum antistreptococcique dans la), 849, — pulmonaire (traitement de la), 703. — pulmonaire (traitement de la) par le menthol, 490. — pulmonaire (traitement de la) par l'administration du thiocol, 164. — pulmonaire (traitement de la) par les injections intra-trachéales d'huiles essentielles, 704. — (sanatoriums et), 523.

Voies aériennes supérieures (traitement des hémorragies des), 164. — respiratoires et intestinales (les antiseptiques des), 349.

Vomissements des tuberculeux et leur traitement (les), 20.

Maladies du système nerveux

Alcoolisme (indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement de l'), 739.

Aliénés agités (traitement des) par le repos au lit, 313.

Arthropathie tabétique améliorée par l'usage de l'aspirine, 850.

Astasie-abasie hystérique. Guérison instantanée complète et durable par psychothérapie, 850.

Ataxie (Elongation permanente de la mœlle dans l') et les myélopathies scoliogènes, 635.

Atrophies musculaires (alternatives voltiennes dans le traitement des), 457.

Bégaiement (démonstration des méthodes employées comme traitement du), 133.

Chorée infectieuse (chorée de Sydenham) et son traitement, 385,

Contracture post-hémiplégique (méthode pour éviter la), 456.

Delirium tremens (traitement du) par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, 240.

Epilepsie corticales (deux cas d') traités chirurgicalement, 457. — (effets de la demi-inanition chlorurée dans le traitement de l'), 240. — (la médication bromurée dans l'), 221. — (traitement de l'), 152, 851 — jacksonnienne (un cas d') guéri par l'opération, 92. — (la dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'), 812. — (nouveau traitement de l'), 565. — toxi-alimentaire, 45.

Epileptiques âgés (la tolérance des bromures chez les), 131.

Gibbosité avec paraplégie. Réduction. Guérison, 56,

Hémiplégie hystérique guérie par la suggestion hypnotique et étudiée à l'aide de la chronophotographie, 92. — (traitement mécanothérapique des), 850.

Hémiplégiques (soins à donner aux), 814.

Hoquet et son traitement (le). La traction continue ou maintenue de la langue, 384.

Hyoscine (traitement de la masturbation par l'), 566.

Hystérie traitée par la méthode de Pierre Janet, 119. — (traitement de l') à l'hôpital par l'isolement, 92. — (traitement de l') par le réveil de la sensibilité, 240.

Idiotie (craniectomie linéaire dans l'), 314.

Imbécile (enfant) du type dit « Mongol », 241.

Impuissance sexuelle traitée par les courants continus à hautes intensités, 525.

Injections sous-arachnoïdiennes et le liquide sous-arachnoïdien (les), 238.

Little (maladie de), sa pathogénie et son traitement, 384. — (traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de), 384.

Mal de mer (action de la bromipine sur le), 134.

Manie aiguë (le sommeil par le bromure dans le traitement de la), 92.

Masturbation (traitement de la) par l'hyoscine, 566.

Mélancolie traitée avec succès par la suggestion hypnotique, 739.

Méningite cérébro-spinale suppurée (curabilité de la). Bons effets des bains chauds et des ponctions lombaires, 418.

Mentales (emploi thérapeutique de la duboisine dans le traitement des maladies, 566.

Méralgie paresthésique avec refroidissement local. Traitement médical, 200. — paresthésique. (Traitement chirurgical de la), 456.

Métatarsalgie (les indications thérapeutiques dans la), 669.

Moelle épinière (cocaïnisation de la), 851.

Morphinomanie (cure de la), 22.

Myxœdème (un cas de), 636.

Neurasthénie (acidité urinaire dans la) et son traitement par l'acide phosphorique, 842. — féminine (traitement de la) par les extraits d'ovaire, 635, — (la), ses symptômes et son traitement, 55. — (traitement de la), 385, 515. — (traitement médicamenteux de la), 524

Neurasthéniques (l'excrétion urinaire chez les), 793. — (traitement de l'état mental), 541 et 584.

Névralgie faciale (traitement de la) par les résections étendues et en particulier par la résection périphérique totale du trijumeau, 56. — faciale (traitement chirurgical de la), 418. — Etiologie et traitement des), 456. — (les reliquats de la grippe. (les) et leur traitement, p. 276.

Œdème douloureux persistant, 419.
Paludisme (les accidents nerveux du), 240.
Paralysie agitante (traitement palliatif de la), 525. — du membre supérieur d'origine traumatique, 56. — (traitement des), 385. — vésicales dues à des lésions des centres nerveux; leur traitement par l'électricité, 132.
Paraplegie consécutive à un traumatisme de la portion lombaire de la colonne vertébrale (traitement d'une), 239,
Pieds (gangrène névritiques des). Elongation des tibiaux puis du saphène externe, 670.
Ponction lombaire (la), 24. — lombaire (la), 289.
Sciatique (traitement de la) par l'application externe d'acide chlorhydrique, 566, — (traitement électrique de la), 418. — (traitement moderne de la), 314.
Sommeil (le) chez les bien portants et les nerveux, 200.
Sous-arachnoidien (résultats cliniques et expérimentaux obtenus avec l'injection dans l'espace), 134.
Sympathique cervical (résection du), 706. — (la chirurgie du), 417.
Tabès (influence des troubles gastro-intestinaux sur l'apparition des douleurs fulgurantes du), 81.
Tic douloureux héréditaire de la face (guérison par l'électricité d'un), 120.
Trijumeau (résections intra-craniennes du) et leurs résultats, 705.
Troubles fonctionnels du système nerveux. (Hydro-balnéothérapie dans les), 200. — trophiques (élongation des nerfs dans la cure des), 669.
Tympanite hystérique et tympanite neurasthénique, 275.
Ulcère variqueux traité avec succès par la méthode de Chipault, 670.

Ophtalmologie

Capsules surrénales (extrait de) dans la chirurgie ophtalmologique, 670.
Cataracte (avantages de l'emploi de la suture de la cornée dans l'opération de la), 637. — (étiologie de la), 58. — sénile (extraction simple de la) par kératotomie latérale externe et suture de la cornée, 670. — (traitement avant et après l'opération de la), 739.
Cornée (traitement des infiltrations de la) par les injections d'eau de mer, 57.
Credé (la méthode de), 201.
Cristallin transparent (opacification rapide, et complète du) sans déchirure de la capsule, 57.
Entropion (traitement de l') par l'électrolyse des paupières, 200.
Glaucome chronique simple (traitement du) par la galvanisation du sympathique cervical, 58.
Iridien (débridement de l'angle), 58.
Kératocone (traitement du) par le galvano-cautère, 58.
Loupes binoculaires et lunettes stéréoscopiques, 186.
Massages oculaires, 57.
Myopie forte (traitement opératoire de la), 276.
Nerf optique (extirpation des tumeurs du) avec conservation du globe de l'œil, par la résection temporaire de la paroi orbitaire externe, 671.
Névrite optique bilatérale d'origine grippale, suivie de guérison, 693.
Œil (énucléation de l') et méthodes destinées à la suppléer, 636.
Orbite (chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie de l'), 740.
Pupille (atrophie double de la) consécutive aux oreillons, 59.
Trachome (le jequirity dans le traitement du), 201.
Traumatismes oculaires (du massage dans les), 58.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez

Abcès rétropharyngiens et leur traitement, 60.
Attique (curetage de l') et ablation des osselets, 674.
Auriculaires (ferripyrine dans les affections), 202.
Cavités annexes des fosses nasales (progrès récents réalisés dans le diagnostic et le traitement des maladies des), 385.
Coryza aigu (nécessité du traitement local du), 315.
Epistaxis (dilatation intensive de la cage thoracique comme hémostatique dans l'), 203. — menaçant l'existence guérie par des injections locales de gélatine, 59. — (traitement de l'), 136.
Ethmoidite suppurative et son traitement, 458.
Furoncle du conduit auditif (traitement du), 201.
Infection respiratoire au niveau des fosses nasales (moyens de défense de l'organisme contre l'), 59.
Injection trachéale d'eau oxygénée (administration de l'oxygène par l'), 136.
Intra-craniennes otiques (trépanation dans les complications), 743.
Massage vibratoire (traitement des affections du nez, du larynx, de l'oreille et de l'espace naso-pharyngien par le) 315.
Nasales (états morbides dépendant de la pathologie des fosses) et des sinus, 386. — (raisons

pour lesquelles le traitement des affections) doit être conservateur, 526. — (traitement des affections) et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud, 599.
Nez (le phénosalyl dans les affections du), 710. — (traitement de certaines malformations du), 673. — (traitement des épithéliomas du), 315.
Oreille gauche (hypertrophie de l'). Réduction par opération. Sur la réduction du volume du nez par opération, 672. — moyenne (opération radicale de l'), 598. — (traitement des bourdonnements d'), 742. — (traitement de l'eczéma de l'), 92.
Otite moyenne chronique sèche (résultats obtenus dans 60 cas d') par l'évidement pétro-mastoïdien, 706. — moyenne, compliquée de thrombophlébite du sinus transverse (opération radicale de l'), 60. — moyennes purulentes chroniques (traitement opératoire des), 638. — moyennes suppurées (fistules paratympanales et évidement pétro-mastoïdien spontané dans les), 597. — moyennes purulentes chroniques (traitement des), 527. — sèche et son traitement chirurgical (l'), 386.
Otorrhée (comment le médecin non spécialiste doit traiter l'), 458. — (traitement médico-chirurgical de l'), 597.
Ozène essentiel (électrolyse cuprique dans l'), 94. — (traitement de l'), 203. — (traitements de l') par le sérum normal de cheval et l'électrolyse, 459.
Paresthésie laryngée (traitement de la), 710.
Polype naso-pharyngien traité et guéri par l'électrolyse, 59.
Processus otopathiques (localisation des) au moyen du diapason, 135.
Rhinite fibrineuse (traitement de la), 673. — hypertrophique chronique (massage dans la), 673.
Sclérose de l'oreille moyenne (bons effets du massage tympanique manométriquement constaté par le malade dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la), 709. — otique (traitement chirurgical de la), 708.
Sinusites maxillaires ethmoïdales et frontales (traitement des), 709.
Suppurations chroniques (indications de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne dans les), 135.
Surdité hystérique guérie par la suggestion, 386. — progressive (traitement chirurgical de la), 598.
Symptomes de Ménière (traitement des), 673.
Trachée (traitement palliatif du cancer de la) et du larynx : emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale, 599.
Trachéotomie (difficulté d'ablation de la canule après la), 741.
Tubages difficiles (manœuvres externes appliquées aux), 742.
Tuberculose laryngée, 740. — laryngée (traitement de la), par les injections intra-trachéales, 741. — laryngée (traitement de la), dans les sanatoria, 203.
Voies respiratoires supérieures (anesthésie au bromure d'éthyle dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les), 527. — respiratoires supérieures (traitement constitutionnel des affections catarrhales des), 526.

Maladies vénériennes.

Maladies de la peau.

Aiguille galvanocaustique (résultats obtenus avec l'), 167.
Arthrites chroniques non syphilitiques (injections de calomel dans le traitement des), 528.
Bains d'encre et compresses à l'encre, 95.
Chancre mou (biiodosalicylate de soude dans le), 387, 782
Chéloïdes (traitement des) par l'électricité statique, 316.
Cutanées (efficacité de certains remèdes dans les affections), 95. — (électricité dans les affections), 675.
Dermatologie (emploi de l'épicarine en), 852.
Dermatologiques (menus faits), 461.
Dermatoses de la face (emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des), 278.
Diarrhée syphilitique tertiaire, 640.
Eléphantiasis de la main traité par le massage, 783.
Epilation par les rayons X, 419.
Epithéliales (action du formol sur les affections), 25.
Epithelioma de la face (traitement de l'), 204, 241. — (traitement des) par les applications arsénicales, 241, 317.
Face (les éruptions pustuleuses miliaires récidivantes de la) : acné miliaire, acné eczématique des auteurs, 639.
Gale (traitement de la), 783.
Herpès du doigt, 204.
Idiosyncrasie hydrargyrique, 207.
Langues syphilitiques (les fausses), 61.
Lèpre (emploi du poison du serpent à sonnettes dans le traitement de la), 851. — (savon à l'huile de chaulmoogra dans la), 204.
Lupus (traitement du), par l'air chaud, 852. — par l'application de permanganate de potasse, 852. — par les injections de calomel, 278. — par la méthode d'Unna, 167. — par les rayons

lumineux concentrés, 781. — par le spray au chlorure d'éthyle, 168.
Naevus vasculaires (le collodion ichthyolé dans le traitement des), 205.
Nicotine (savon de), 26.
Noma (traitement du), 461.
Oreiller (l'), en dermatologie, 96.
Phagédénisme (acide picrique dans le traitement du), 242.
Prurit (le) ses complications, son traitement, 206.
Psoriasis (traitement du) par les grands bains d'huile de cade, 528.
Rafraîchissantes (pâtes), 166.
Savon et emplâtre à base de thiosinamine, 94.
Syphilis (curabilité de la), 460. — (girgol dans la), 168. — (traitement de la), 528. — (traitement de la) par les injections de calomel, 721. — (traitement de la) par l'iodalbacide, 460. — (traitement de la) par le mercuriol, 640. — ulcéreuse (traitement local de la), 675.
Toile (suppression de la), 206.
Transpelliculaire (médication), 94.
Tuberculine (savon à la), 25.
Tuberculoses locales (traitement des) par des injections d'extrait glycériné de foies frais de morue, 5.
Ulcère de jambe (traitement de l') par la crurine, 388. — de jambe (traitement de l'), par le rhodanate de quinoline et bismuth, 96. — (traitement des), 205. — variqueux (guérison de l') et des eczémas de la jambe par la saignée, 278.
Verrues (doit-on traiter les?), 386.

Maladies des voies urinaires

Albuminurie orthostatique (deux cas d'), 494.
Anti-blennorrhagiques (le dernier en date des): la largine, 98.
Bactériurie (cas de). Diagnostic des prostatites, 207. — (traitement de la) par l'urotropine, 853.
Blennorrhagie aiguë et chronique (traitement des affections prostatiques et vésiculaires dans la), 1. — chronique (importance du gonocoque à propos du traitement de la), 854. — chronique (traitement rationnel de la) par le massage, 567, — de l'homme dans la période aiguë et chronique (traitement de la), 491. — du sexe masculin (protargol dans la), 64. — (traitement de la) d'après le procédé de Janet, 207. — (traitement de la) par l'essence de Santal, 601. — (protargol dans la), 531. — (traitement de la) par le bleu de méthylène, 492. — (traitement de la), par le dermatol, 318.
Blennorrhée génitale (traitement de la), 243.
Calculs de la vessie chez l'enfant (traitement des). Les avantages de la lithotritie, 97. — rénaux. Leur genèse et leur traitement, 98. — rénaux et urétraux (traitement opératoire des), 389.
Cystite calculeuse chez un garçon de 7 ans. (cystorrhaphie totale pour), 713. — causes, diagnostic et traitement de la), 493. — chronique interstitielle avec abolition de la capacité vésicale (cystostomie suspubienne pour), 389. — tuberculeuse (traitement de la), 421. — (urotropine dans les), 494.
Dysurie des prostatiques (influence de la résection des veines spermatiques sur la), 207.
Epididymite blennorrhagique (traitement de l'), 170.
Fistules rénales (la sonde urétérale à demeure dans le traitement préventif et curatif des), 569. — urétero-abdominale. Tentative d'urétéro-cysto-néostomie. Impossibilité de greffer l'uretère. Néphrectomie, 814. — uréthro-rectales (des), 422.
Gonorrhée (la levure dans la), 530.
Hydrocèle (traitement de l'), 422.
Hydropisie rénale (des diurétiques dans l'), 423.
Incontinence nocturne (traitement de l'), 27. — nocturne d'urine (massage du col de la vessie contre l'). 853.
Infection urinaire des hémorrhagies prostatiques et urétrales (la sonde à demeure dans le traitement de l'), 389.
Kyste hydatique prévésical, 168.
Lithiase vésicale chez l'enfant, traitée par la taille hypogastrique et la suture totale de la vessie, 745.
Muqueuse vésicale (dégénérescence poly-kystique de la), 169.
Néphrite hématurique (néphrectomie dans un cas de), 242. — (traitement des), par l'opothérapie rénale, 64.
Organes génitaux chez l'homme (traitement chirurgical des), 531.
Paralysie vésicale après l'accouchement. Rétention d'urine pendant 44 jours. Guérison par les courants continus, 169.
Phimosis (cure radicale du), 816.
Phlegmon iliaque d'origine prostatique, 27.
Phymosis (traitement du), 98.
Prépuce (les opérations du), 602.
Prostate (accidents uréthraux dans l'hypertrophie de la). Technique du cathétérisme, 712. — (examen et massage de la) et des vésicules séminales, 712. — (hémorragies et saignements de la), 420. — (hypertrophie et néoplasies épithéliales de la), 243. — (traitement radical galvano caustique de l'hypertrophie de la), 169.

Prostatectomie périnéale (technique de la), 97. — périnéale (de la), 169.

Prostatiques et vésiculaires (traitement des affections) dans la blennorrhagie aiguë et chronique, 1.

Prostatotomie galvanique ou opération de Bottini (la), 712.

Protargol dans la blennorrhagie, 531.

Rein (évolution et diagnostic des tumeurs cancéreuses du), 207. — (hydronéphrose par kyste hydatique du). Néphrectomie, 170. — droit (kyste hydatique du) opéré par la méthode du capitonnage. Guérison rapide, 388. (indications de la néphrectomie en général et spécialement dans les tnmeurs malignes du) 600. — (physiologie et thérapeutique du). 815. — (traitement chirurgical de la tuberculose du), 170.

Rénale (action des hypnotiques associés aux diurétiques sur la fonction), 208.

Rétentions rénales (opérations conservatrices dans les), 567, 568, 600, 711, 744. — rénales (traitement des), 243.

Suppuration prostatique et périprostatique avec présence dans le pus d'un microbe strictement anaérobie, 243. — prostatiques (traitement des) par la ponction au trocart à travers la paroi rectale suivie de lavages antiseptiques, 97.

Taille hypogastrique, cystorraphie totale, 389. — (suture vésicale à fils perdus dans la haute), 601.

Talalgie blennorrhagique (traitement de la) par les bains d'air chaud, 516.

Testicule (traitement de la tuberculose du) par la castration précoce et par l'ablation totale des voies génitales, 244. — tuberculeux (incision exploratrice du), 64. — (tuberculose des) castration double. Guérison, 712.

Tuberculose épididymo-testiculaire (traitement de la) par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique, 420. — génitale de l'homme (traitement de la), 97. — rénale (douze interventions chirurgicales pour), 388. — rénale (intervention chirurgicale dans la) 207, 420.

Uretères (abouchement des) dans le côlon, 243. — (anastomose des) dans l'intestin, 815. — (greffe extrapéritonéale d'une) sur la vessie, 422. — (recherches sur le cathétérisme des), 601. — (traitement opératoire des calculs de l'), 318.

Urétéro-urétéroplastique (recherches expérimentales sur l'). 853.

Uréthoscopie (de l'), 815.

Urèthre (angiome kystique de l') chez une femme. Extirpation par le galvano-cautère, 494. — (massage comme adjuvant du traitement des rétrécissements de l'), 27.

Urethrostomie externe sans conducteur (modification aux procédés opératoires d'), 319. — interne (quelques observations sur l'), 815. — interne (résultats éloignés de la dilatation et de l') 853.

Uréthrostomie périnéale (résultats éloignés de l'), 97.

Urinaire (corps étrangers de l'appareil), 853. — (formes larvées des maladies chirurgicales de l'appareil), 26.

Varicocèle (cure radicale du), 170.

Verge (amputation de la) par le procédé de Rizzoli, 495.

Vessie d'une jeune fille (dé à coudre égaré dans la). Extraction par les voies naturelles, 713. — (exstrophie de la) guérie par la méthode de Trendelenburg, 744. — (rupture traumatiqu de la), 242. — (traitement des calculs de la chez l'enfant, Avantages de la lithotritie, 97.

Gynécologie et Obstétrique

Accouchements (l'antisepsie dans les), 100. — sans douleurs par la méthode du Dr Joire, 64.

Aménorrhée essentielle (l'hypodermoclyse ferrique dans l'), 138.

Analgésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire, 531, 829.

Anesthésie obstétricale (nouveau procédé d'), 209.

Annexites chroniques (tamponnement vaginal prolongé dans les), 786.

Appendicite (de l') dans les affections de l'utérus et des annexes, 785.

Avortements à répétition de cause inconnue (influence du traitement prophylactique antisyphilitique dans les), 677. — provoqué dans les affections cardiaques, 209. — (traitement d'une variété fréquente d') au moyen de la gymnastique et du massage, 208.

Blennorrhagie chez la femme (traitement de la), 137.

Carbure de calcium dans la pratique gynécologique, 391.

Castration chez la femme (suites éloignées de l'opération de la), 172.

Césarotomie conservatrice (onze cas de) avec incision transversale du fond de l'), 29.

Col (influence de la résection du) sur les accouchements ultérieurs, 319.

Colpotomie dans le traitement des maladies du bassin), 29.

Courant ondulatoire en gynécologie (applications nouvelles du), 62.

Curettage électrique (du), 786. — (valeur diagnostique et thérapeutique du), 99.
Déchirure complète (périnéoplastie par forcipressure à demeure pour une), 856.
Eclampsie pendant la grossesse (traitement de l'), 715. — (traitement médical et obstétrical de l') d'après l'école de Palerme, 352.
Electriques (indications) en gynécologie, 819.
Endométrites post-puérales (la naphtaline dans les), 676.
Fibrômes et galvanocaustie, 497. — (extirpation des) par la voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes, 533. — (pincement des artères utérines dans les), 746. — (traitement opératoire des), 171. — utérins (électrothérapie des), 99. — utérin (hystérectomie abdominale totale dans les cas de dystocie par), 785. — utérins pendant la grossesse (traitement des), 354. — utérins (résultats de la méthode d'Apostoli dans le traitement des), 246.
Fièvre puerpérale après l'accouchement (prophylaxie de la), 715. — puerpérale (prophylaxie et traitement étiologique de la), 100.
Fistules génitales chez la femme (traitement des), 245. — vésico-vaginales (Décubitus ventral permanent dans le traitement des), 63. — vésico-vaginales (suture des), 496. — vésico-vaginales (traitement des), 856.
Gerçures du mamelon (emploi de l'orthoforme dans les), 155, 497.
Glande de Bertholin (interventions sur la), 496.
Gravidiques (le régime envisagé au point de vue préventif contre un certain nombre d'accidents), 641.
Grossesse et accouchement compliqués de fibromyomes de l'utérus (conduite à tenir dans la), 676. — extra-utérine et inondation péritonéale, 351.
Hématocèle rétro-utérine (traitement de l'), 208.
Hémorragies utérines (traitement des), 279.
Hypnose dans la pratique obstétricale, 675.
Hystérectomie abdominale (hémisection utérine dans l'). Procédé J.-L. Faure, 391. — abdominale totale, 603. — abdominale totale (ligature préventive des artères hypogastriques dans l'), 606.
Infection puerpérale (étiologie de l'), 820. — puerpérales (injections de sérum artificiel dans les), 715.
Inflammatoires (traitement des affections) de l'utérus et des annexes par la chaleur sèche sous pression, 391.
Irrigations et douches vaginales, 532.
Ligaments larges (énucléation des tumeurs des) 246.
Massage (du) dans les affections utérines, 642. — en gynécologie (valeur diagnostique et pronostique du), 532.
Ménopause (les troubles gastriques de la), 551.
Menstruation physiologique et traitement de la menstruation pathologique, 424.
Métrites cervicales, 602, 746. 817.
Métrorrhagies des jeunes filles et leur traitement (les), 174. — (gélatine dans les), 184.
Myomes et grossesse, 748. — utérins (traitement chirurgical conservateur des), 424.
Ovariennes (extrait de glande parotide dans le traitement des affections), 28.
Ovariens (kystes) et fibrômes utérins, 497.
Périnée après l'accouchement (emploi des serre-fines pour réparer les déchirures du), 748, 856.
Physométrie artificielle (la) en obstétrique, 821.
Prurit vulvaire (traitement du) et des affections parasitaires, 392.
Puerpéralité (asthme et), 820.
Pyo-salpinx (drainage rétro-péritonéal des), 351.
Rétrodéviations et hystéropexie vaginale, 602
Rétroversion ou prolapsus utérin (fixation ventrale des ligaments ronds dans les cas de), 28. — utérine mobile (valeur de l'opération d'Alexander dans la), 279, 352.
Salpingo-ovarites suppurées (opération conservatrice pour), 497.
Salpingostomie (de la), 714.
Sclérose utérine (la) et la vraie métrite, 390.
Septicémie (deux cas de) traités par le sérum antistreptococcique de Marmoreck, 425. — puerpérale (traitement local de la) employé à la maternité de Bucharest, 641.
Tumeurs intra-ligamentaires, 423.
Utérines (du massage dans les affections), 818.
Utérus (cancer de l'), 495. — (intervention chirurgicale dans les cas de fibromyomes rétro-péritonéaux de l'), 783. — (néphrostomie dans l'anurie causée par le cancer de l'), 819. — (opérations sur l') et la vessie dans la grossesse, 820. — (résultats éloignés et indications de la ligature vaginale des artères utérines dans le cas du myomes de l'), 677. — (traitement du cancer de l'), 603. — (traitement chirurgical du cancer de l'), 643, 678, 713. — traitement du prolapsus de l') et de la vessie, 320. — (traitement du prolapsus de l'), 785. — (ventro-fixation de l'), sans laparotomie, 137, 320.
Vaginisme (traitement du), 173.
Ventro-fixation de l'utérus sans laparotomie, 137, 320.
Vomissements des femmes enceintes (valeur thérapeutique de la suggestion dans les), 426. — incoërcibles de la grossesse (avortement artificiel dans les), 641.
Vulvite de la vaginite, 280.
Vulvo-vaginite (traitement de la), 172, 280.

Pédiâtrie

Albuminuries intermittentes des jeunes sujets, 679.
Alimentation des enfants débiles, 613, 655.
Antisepsie intestinale chez les enfants (l'), 606.
Antiseptiques (valeur comparative des récents) dans la pratique de la pédiâtrie, 31.
Constipation chez les enfants (traitement de la), 535.
Coqueluche (eau oxygénée en évaporation contre la), 534. — phénocolle dans la, 30. — (traitement de la) par les bains d'air comprimé, 662. — (traitement de la période paroxystique de la), 823. — (traitement de la) par l'enquinine, 284. — (traitement de la) par les injections profondes d'huile au goménol, 534.— par l'antitussine, 639
Coryza chez les enfants (traitement du), 210.
Empyème (l') chez les enfants, 101.
Entéro-colite dysentériforme des enfants, traitée par la poudre de guarana, 533.
Estomac (traitement des affections aguës de l') et de l'intestin chez le nourrisson, 65.
Fièvre typhoïde chez les enfants (traitement par les bains froids de la), 37, 73, 210.
Hernies de la première enfance (guérison sans opération des), 857. — inguinales des enfants du premier âge (doit-on opérer les), 210.
Hydrothérapie chez les enfants, 100.
Infections et intoxications gastro-intestinales des nourrissons, 607.
Intestin (traitement des affections aiguës de l'estomac et de l') chez le nourrisson, 65.
Intubation (l'), 856.
Lait de chèvre (valeur du) pour l'alimentation des enfants, 608.
Laryngites de la rougeole (du tubage dans les), 283.
Obstruction nasale chez le nouveau-né (l'), 283.
Poliomyélite antérieure des enfants (traitement électrothérapique de la), 821.
Ponctions lombaires chez les enfants, 857.
Tétanie (un cas de), 426.
Thérapeutique infantile (peroxyde de chaux dans la), 30.
Vomitifs (les) dans les maladies de l'enfance, 427.

Pharmacologie

Acide cacodylique et des cacodylates (de l'), 750. — chlorhydriques (traitement de la sciatique par l'application externe d'), 566. — cinnamique et la leucocythose (l') : leur rôle dans le traitement de la tuberculose, 661. — formique et les inhalations de formaline comme préparation au traitement de la phtisie au grand air, 130. — phénique à 5 0/0 dans les phlegmons et autres affections septiques locales (injections sous-cutanées de solution aqueuse d'), 776. — phénique pur (emploi de l'), 161. — phosphorique (acidité urinaire dans la neurasthénie et son traitement par l'), 842. — phosphorique glacial (procédé pour obtenir l'), 825. — phosphorique (médication par l') dans la diathèse hypoacide, 337. — picrique dans le traitement du phagédénisme, 242. — picrique (l') en thérapeutique chirurgicale et en dermatologie, 824. —pyrogallique (emploi de l') dans le traitement des dermatoses de la face, 278.
Actions spécifiques, électriques et radiographiques, 751.
Adonidine (l') propriétés physiologiques et médicinales, 498.
Alcool (l') a-t-il une action nutritive ou toxique? 644.
Alimentation par voie sous-cutanée, 175.
Amyloforme (l') ses résultats cliniques, 570.
Amiodol (un nouvel antiseptique, l'), 212.
Anthelminthiques (emploi de quelques), 102.
Antipyrétiques chimiques (les), 499.
Antisepsie des potions, 498.
Antitoxine (tétanos d'une durée de dix-neuf jours gueri par l'), 85.
Antitussine dans la coqueluche (l'), 639.
Apocynum cannabinum (traitement de la pleurésie aiguë par l'), 454.
Argent métallique soluble (action de l'), 177.
Argyrine (l') principe actif du marron d'Inde, 511.
Arsenic à l'intérieur (traitement de la scarlatine par l'), 234. — comme moyen de diagnostic dans le traitement de l'épithélioma, 485. — (incompatibilité du phosphore et de l') en thérapeutique, 680. — (injections sous-cutanées d'), 393. — (injections sous-cutanées d') dans la malaria et l'anémie, 158. — (traitement radical de l'épithélioma par l'), 241. —
Arsenicales (traitement des épithéliomas par les applications), 316.
Arsenico-ferrugineuse (la médication) dans les chloro-anémies et la tuberculose, 49.
Aspidosperma Quebracho en thérapeutique (l'), 176.
Aspirine (action de l') sur la fièvre des tuberculeux, 490. — (arthropathie tabétique améliorée par l'usage de l'), 850. — (emploi de l'), 354. — (indications nouvelle de l'), 750. — (l') nouveau remède anti-rhumatismal, 123. — (recherches cliniques concernant l'action de l'), 787. — (nouvelles recherches concernant l'), 858.
Atropine (l') contre l'hyperchlorhydrie, 489.
Azotate d'urane dans le diabète, 149.

Bains d'argile chauds (action des), 643.
Basicine (la) préparation très soluble à base de quinine et de caféine, 249.
Bichlorhydrate de quinine (traitement du paludisme aigu ou chronique par les injections hypodermiques de), 191.
Biiodosalicylate de soude dans le chancre mou, 387.
Bleu d'aniline (traitement de la malaria par le), 696. — de méthylène dans la malaria, 306.
Bleu de méthylène (traitement de la blennorrhagie par la), 492. — (traitement de la dysenterie par le), 632.
Borax (à propos de la prétendue toxicité du) et de l'acide borique, 535.
Boue argileuse (valeur thérapeutique des bains de), 68.
Bromipine (action de la) sur le mal de mer, 134.
Bromoforme (le), 140. — (le), 499.
Bromure d'éthyle (anesthésie au) dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures, 527. — (narcose combinée de) et de chloroforme, 19. (la dose suffisante de) et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie, 812. — (le sommeil par le) dans le traitement de la manie aiguë, 92. — (tolérance des) chez les épileptiques âgés, 131.
Bromurée (la médication) dans l'épilepsie, 221.
Cacodylate de fer (le), 570. — de soude dans l'épithélioma de la langue, 238. — de soude dans le traitement de la cachexie palustre, 626. — de soude (les injections de), 464.
Cacodylique (action de la médication), 212. — (médication), 31.
Cade (traitement du psoriasis par les grands bains d'huile de), 528.
Calomel et magnésie (incompatibilité d'un mélange de), 102. — (injections de) dans le traitement des arthrites chroniques non syphiliques, 528. — (traitement de la syphilis par les injections de), 721. — (valeur à accorder aux injections de) dans le lupus, 278.
Cancroïne (disparition d'un carcinome stomacal et d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin par l'action de la), 564.
Chaulmoogra (savon à l'huile de), dans la lèpre, 204.
Chlorhydrate de cocaïne (injection sous-arachnoïdienne de), d'après la méthode de Bier, 273. — de phénocolle dans la fièvre palustre, 696. de scopolamine (inconvénients du), 32.
Chlorhydropeptique (médication), 13,
Chloroforme (narcose combinée de bromure, d'éthyle et de), 19. — (nouveau danger de l'emploi du), 393.
Chlorure d'éthyle (traitement du lupus vulgaire par le spray au), 168. — de zinc (le) dans le traitement des hémorroïdes, 124.
Citrophène (le), 536. — (nouvelles recherches concernant le), 858. — (résultats obtenus avec le), 681.
Cocaïne (analgésie obstétricale par injection de) dans l'arachnoïde lombaire, 829. — (anesthésie par injections intra-rachidiennes de), 773 et 774. — (anesthésie par l'injection lombaire intra-rachidienne de) et d'eucaïne, 772. — dans l'arachnoïde lombaire (anesthésie obstétricale par injection de), 531.
Cocaïnisation de la moelle épinière, 851.
Collodion ichthyolé dans le traitement des nœvus vasculaires (le), 205.
Courants de haute fréquence (emploi des), 285.
Créosoforme en chirurgie (étude thérapeutique du), 462.
Créosotal (duotal et), dans les arthrites chroniques, 310.
Crurine (traitement de l'ulcère de jambe par la), 388.
Cryofine (la), 212.
Cynnamate de soude dans la tuberculose pulmonaire, 452.
Dermatol (traitement de la blennorrhagie par le), 318.
Difluoroforme (le), 428.
Digitale (action thérapeutique de la) et ses principes actifs, 716. — (emploi de la) dans le traitement des maladies du cœur, 491. — (traitement par la) des désordres circulatoires chroniques, 523.
Dionine (essais cliniques sur l'action de la), 103. — (la) en ophtalmologie, 277. — (ophtalmie causée par la) : son importance thérapeutique, 394.
Douche d'air chaud ou froid (valeur thérapeutique de la), 500.
Duboisine (emploi thérapeutique de la) dans le traitement des maladies mentales, 566.
Duotal et créosotal dans les arthrites chroniques, 310.
Eau chloroformée dans la fièvre thyphoïde (l'), 308. — minérales (thermalité des), 409. — oxygénée dans le traitement des plaies, 846. — oxygénée (stomatite ulcéro-membraneuse. Traitement par l'), 382.
Electricité dans le sauvetage (de l'), 788. — (paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux. Leur traitement par l'), 132.
Encre (bains d') et compresses à l'), 95.
Epicarine en dermatologie (emploi de l'), 852. — Médicament nouveau, 354.
Ergotine (traitement de la pneumonie franche par l'), 633.
Eucaïne (anesthésie par l'injection lombaire intra-rachidienne de cocaïne et d'), 772.

Eucasine dans le pyrosis, 632.
Eulactol (l'), 537.
Euphtalmine (action de l'), 31.
Euquinine (l') dans le traitement de la malaria et sa valeur thérapeutique en cas d'idiosyncrasie vis-à-vis des sels quiniques, 341. — (traitement de la coqueluche par l'), 284.
Ferripyrine dans les affections auriculaires, 202.
Ferrugineuse (une nouvelle préparation), 536.
Foies frais de morue (traitement des tuberculoses locales par des injections d'extrait glycériné de), 5.
Formaline glycérinée dans la tubérculose locale (injections de), 847.
Formol (action du) sur les affections épithéliales, 25.
Fortoïne (la), 857.
Gastérine (la), 230.
Gélatine (action hémostatique de la), 32. — dans les métrorrhagies, 174. — en injections sous-cutanées (traitement des anévrismes par la), 668. — (épistaxis menaçant l'existence guérie par des injections locales de), 59.
Géranium maculatum (indications thérapeutiques du), 824.
Girgol dans la syphilis, 168.
Glande parotide (extrait de) dans le traitement des affections ovariennes, 28.
Glycérine (rôle de la) dans les préparations antiseptiques, 750.
Glycéro-phosphate de chaux (préparation du), 788.
Goménol (traitement de la coqueluche par les injections profondes d'huile au), 534.
Guaïamar (action physiologique et thérapeutique du), 139.
Guarana (traitement de l'entéro-colite dysentériforme des enfants par la poudre de), 533.
Guaycurie, 464.
Hédonal (l'), 857.
Héroïne comme narcotique, 177. — (la morphine remplacée par l'), 824. — (traitement par l'), 787.
Holocaïne, 825.
Huamauripa (la), 428.
Huiles à hautes doses (traitement de certaines formes de dilatation stomacale par l') 162. — essentielles (traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales d'), 704.
Hydrate d'amylène (traitement du diabète insipide par l'), 556.
Hypodermoclyse ferrique dans l'aménorrhée essentielle (l'), 138.
Ichtalbine (l') succédané de l'ichtyol, 355.
Ichtoforme (l'), 354. — (emploi thérapeutique de l'), 284.
Ichtyol (l') dans la dysenterie, 696.
Iodalbacide (traitement de la syphilis par l'), 460.
Iodate de soude (traitement des affections rhumatismales par l'), 269.
Iodipine (l'), 571. — (valeur physiologique et thérapeutique de l'), 211.
Iodure de potassium (traitement de la pneumonie par l'), 199.
Jequirity (le) dans le traitement du trachome, 201.
Kola granulée (sublimation anormale de caféine sur des grains de), 68.
Ko-Sam (étude sur le), 249.
Largine (le dernier en date des antiblennorrhagiques : la), 98.
Levure de bière, 82. — de bière (la), 152. — de bière (action de la), 116. — de bière (traitement des entérites par la), 848.
Lumière électrique ou thérapeutique (de la), 752. — et la chaleur (du traitement des maladies par la), 572.
Magistrales (uniformité des préparations), 174.
Médicaments (constitution chimique des) et son importance thérapeutique, 715. — rôle des leucocytes dans l'absorption des), 751.
Menthol, gaïacol et camphre (traitement de l'érysipèle de la face par des badigeonnages d'une solution huileuse de), 516. — (traitement de la tuberculose pulmonaire par le), 490.
Mercure (emploi des sachets à) et du mercolint, 277.
Myrtilles (lavements et suppositoires à l'extrait de) dans les entéro-colites, 197.
Naftalan (mode d'action du), 279. — (recherches sur le), 211. — (traitement des hémorroïdes par le), 702.
Naphtaline (la), dans les endométrites post-puerpérales, 676.
Nectrianine (produits solubles du champignon parasite du cancer humain et du nectria ditissima parasite du cancer des arbres. Action physiologique et thérapeutique de la), 247.
Nicotine (savon de), 26.
Nirvanine comme anesthésiant dans la pratique dentaire, 788. — (la), 536. — en chirurgie, 630.
Nitrites carboxylés (propriétés physiologiques des), 230.
Nucléoses (application des) à la thérapeutique gastrique, 83.
Onguents (propriétés physiques des), 535.
Opothérapie ovarienne (valeur de l'), 172. — rénale (traitement des néphrites par l'), 64.
Oranges amères (étude physiologique de l'essence d'), 213.
Orthoforme (accidents dus à l'), 463. — dans les affections gastriques (l'), 163. — dans les gerçures du sein (emploi de l'), 155. — (emploi

de l') dans les gerçures du mamelon, 497. — (mode d'emploi et quelques applications de l') comme anesthésique local, 117.
Oxycamphre (l'), 428.
Oxychlorures de mercure et de zinc (traitement du cancer par la diffusion cataphorique des), 123.
Oxygène (administration de l') par l'injection trachéale d'eau oxygénée, 136.
Oxyhémoglobine (action des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'), 751.
Pates rafraîchissantes, 166.
Peptones en thérapeutique (emploi des), 750.
Perchlorure de fer (ulcère rond de l'estomac et son traitement par les lavages au), 563.
Périplocine, 356.
Permanganate de potasse comme antidote dans les intoxications par l'opium, 194. — de potasse (traitement du lupus par l'application de), 852.
Pêronine (action de la) sur l'œil, 321.
Peroxyde de chaux dans la thérapeutique infantile, 30.
Persulfate de soude (emploi du) dans le traitement de la tuberculose, 661.
Phénocolle dans la coqueluche, 30.
Phénosalyl (le) dans les affections du nez, 710.
Phosphoglycérates acides (action thérapeutique des), 427.
Phosphore (incompatibilité du) et de l'arsenic en thérapeutique, 680. — (le) dans le rachitisme, 269.
Photothérapie de Finsen (la), 67. — (résultats obtenus avec la), 571.
Protargol dans la blennorrhagie du sexe masculin, 64.
Pyramidon (action thérapeutique du, 176. — (étude du), 151.
Quinine (injections intra-musculaires de) dans la Malaria, 234. — (paludisme et), 807.
Résaldol (le), 284.
Rhodanate de quinoline et bismuth (traitement de l'ulcère de jambe par le), 97.
Salicylate de méthyle (du) contre les rhumatismes articulaires, 557.
Sanatogène (le) dans le rachitisme, 122.
Sanguinol, 320.
Santal (traitement de la blennorrhagie par l'essence de), 601.
Sapodermine (la), 242.
Savon noir, savon vert, sapo Kalini, 242. — vert (traitement du processus tuberculeux par le), 19.
Seltz (fabrication de l'eau de), 33.
Sérum gélatiné dans la variole hémorrhagique (injections sous-cutanées de), 85.
Sésamol (suralimentation par les corps gras, le), 631.
Sorba aucuparia (action purgative de l'extrait fluide de), 667.
Spléniferrine (la) étude de la médication martiale chez les anémiques, les cachectiques et les tuberculeux, 32.
Stérilisation des solutions pharmaceutiques, 138.
Stypticine (la), 858.
Sulfure de calcium (valeur thérapeutique du), 355.
Tannigène (emploi du), 105.
Tellurate de soude (les sueurs des phtisiques et leur traitement par le), 163.
Terpine (préparation à base de), 103.
Terpinol dans les hémoptysies, 165. — (du) dans l'hémoptysie, 454.
Térébenthine (action de l'essence de), 787.
Therapeutique en 1673, 836.
Thiocol (traitement de la tuberculose pulmonaire par l'administration du), 164.
Thiosinamine (savon et emplâtre à base de), 94.
Thyroidien (emploi clinique de l'extrait), 104.
Thyroidienne (médication) dans le traitement des fractures, 52.
Trional et hématoporphyrinurie, 428.
Uréthanes (un nouvel hypnotique du groupe des), 462.
Urine (action de divers médicaments sur l'excrétion des substances azotées de l'), 499.
Urotropine (action prophylactique et curative de l'), 681. — dans les cystites, 494. — (traitement de la bactériurie par l'), 853.
Vaccin (résultats obtenus par les inoculations antityphiques et méthodes employées pour la préparation du), 84.
Vasogène ichtyolé dans les affections articulaires, 53.
Veratrum viride (teinture de) : ses effets sur l'appareil circulatoire, 197.
Viscine (la) et son utilisation thérapeutique, 749.

Formulaire de thérapeutique clinique

Agnés, 213, 250.
Asthme. Traitement de l'accès, 34.
Belladone, 429.
Bronchites chez l'enfant, 69.
Créosote, 141, 178.
Digitale, 285 et 322.
Dysenterie, 645.
Entérites aiguës chez l'adulte, 501, 537.
Ergot de seigle, 681.
Goutte, 573, 609.
Hémoptysie, 717.
Injections hypodermiques, 752, 789, 826, 859.
Iode, 357.
Migraines, 105.
Rhumatisme chronique (traitement du), 464.

Variétés et Nouvelles

Art dentaire dans les différents pays (enseignement de l'), 791.
Assurance médicale mutuelle, 395.
Beurre (l'addition d'acide borique au) pour le conserver n'est pas prohibée, 503.
Bureau central, 394.
Casernes (imperméabilisation des planchers e soubassements dans les), 647
Charité (hôpital de la), 860.
Chemins de fer (hygiène des), 71.
Clinicats (concours des), 647.
Cliniques (la patente des), 71.
Club médical de Paris, 35.
Congrès, 394.
Désinfection (le service municipal de), 70.
Dispensaire des Ternes (le), 70.
Distinctions honorifiques, 575, 611.
Education physique (congrès de l') en 1900, 180.
Electrologie et radiographie médicales (congrès international d'), 287.
Enfants (élevage des) dans le son, 143.
Etudiants en médecine au régiment (les), 179.
Faculté de médecine de Paris, 647, 860. — en 1899 (statistique de la), 467.
Femmes étudiantes en médecine à Paris en 1899 (les), 215.
Fièvre typhoïde (la) et la variole à Paris, 791.
Honoraires médicaux dans les accidents du travail (fixation à Paris des), 431.
Hopitaux de Paris, 107. — Abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites dans les), 827. — (mutations dans les), 35.
Hotel-Dieu, 70.
Hygiène (congrès international d'), 323. — industrielle et professionnelle. Logements insalubres. Le phosphorisme professionnel, 719.
Internat (le concours de l'), 35.
Jurisprudence médicale, 359.
Jury de l'Exposition universelle de 1900 (les médecins dans le), 395.
Légion d'honneur, 611.
Magnétiseurs (dommages apportés à la santé publique par les pratiques des), 755.
Médecine (XIIIe Congrès international de), 502, 538.
Morphinomanie (la) chez les médecins américains, 323.
Necker (hôpital), 860.
Nécrologie, 860
Ordre de médecins (utilité d'un), 683.
Parasitologie (laboratoire de) à la Société de secours aux militaires coloniaux, 216.
Parlement français (la médecine au), 359.
Peste (la), 432. — les épidémies de) en Asie Mineure, 792. — (prophylaxie de la) par les vaccinations préventives, 647.
Poursuites judiciaires, 71.
Presse médicale française (association de la) 143, 828. — médicale (congrès international de la) en 1900, 286, 466, 502, 575.
Reclame médicale, 395.
Salive (application de l'analyse de la) au diagnostic des affections diathésiques et des altérations gingivo-dentaires, 719.
Sanatorium au point de vue professionnel, 791. — pour tuberculeux dans le Nord, 179.
Service médical de nuit, 107.
Station prolongée (influence de la) sur la production des maladies des femmes, 251.
Syphilis dans les armées (prophylaxie de la), 754.
Taxe des chevaux et voitures de médecins (réduction de la) à partir de 1900, 359.
Thérapeutique (cours de), 790.
Transvaal (singulier effet de la guerre au), 683.
Tuberculeux (exclusion des) des asiles de convalescence, 215.
Tuberculose (commission nationale de la), 215. — pulmonaire (résultats curatifs obtenus dans la) à la Charité de Berlin au cours des dix dernières années, 359.
Victime du devoir professionnel (une), 107.
Voies urinaires (cours de clinique des maladies des), 791.

Bibliographie

Anémie (comment on se défend contre les maladies du sang ; la lutte contre l') et les pâles couleurs, 540.
Appendicite (l'), 648. — (Traitement de l'), 108.
Armes blanches (les), 180
Berck-sur-mer (les maladies qu'on soigne à), 755.
Buccale et naso-faciale (pathologie) : moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions, 432.
Chaux (de l'influence antimalarique de la), 72.
Chirurgie clinique et opératoire (traité de), 252, 504.
Cœur (traitement balnéo-mécanique des affections chroniques du), 324.
Diabète sucré (les lois de l'énergétique dans le régime du), 108.
Electricité et ses applications (l'), 396.
Entéro-colite muco-membraneuse (l'), 324.
Estomac (sémiologie et traitement des maladies de l'), 576.
Externat des hôpitaux de Paris (conférences pour l'). 180.
Fonctions rénales (exploration clinique des) par l'élimination provoquée, 612.
Gastrostomie (la), 36.
Gynécologie (aide-mémoire de), 540. — pratique (précis de), 432.
Index medicus (nouvel), 288.

Laryngoscopie (notions de) utiles aux médecins, 144.
Maladies évitables (prophylaxie des), 360.
Massage thérapeutique (le), 36.
Médicaments nouveaux (revue des) et de quelques médications nouvelles, 216.
Moelle osseuse (la) à l'état normal et dans les infections, 71.
Paludisme (le) à Paris, 72.
Peste (la) et son microbe, 216.
Photographie des couleurs (la), 612.
Prostate (Hypertrophie sénile de la), 468.
Rhumatisme (comment on se défend du), 144.
Sang (leçon sur les maladies du), 503.
Scrofule (la) et les infections adénoïdiennes, 396.
Sociétés savantes de Paris (annuaire des), 720.
Tuberculose (vaccination préventive de la) par la famille ou par la méthode des congénères, 648.
Tumeurs (le pronostic des), basé sur la recherche du glycogène, 237.
Urèthre (maladies de l') et de la vessie chez la femme, 144.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1900

A

Abée, 131.
Abeleff, 810.
Abramoff, 625.
Acerdo (Ottero), 670.
Achard, 612.
Adam-Eccles, 422.
Adamkiewicz, 564.
Adams, 161.
Adrian, 116.
Aguilar Jordan, 381, 775.
Albarran, 168, 243, 420, 569, 711.
Albertin, 239.
Albu, 237.
Alexander, 97.
Allard, 58.
Amat, 486.
André, 64.
Anouffrieff, 426.
Ansen, 815.
Antipas, 310.
Antipas (André), 345.
Antona (d'), 600.
Apostoli, 62, 525.
Ardin-Delteil, 566.
Arnal, 27.
Arnozan, 751.
Artault, 511.
Asselin, 393.
Audebert, 820.
Audry, 496.
Ausset, 18, 210, 412.
Axtell, 423.

B

Baccelli, 195.
Bachmann, 278, 482.
Bain (William), 499.
Balzer, 528.
Baratoux, 135, 598, 673.
Barbellion, 608.
Bardet, 117, 190, 427, 523.
Barié, 163.
Barker, 91.
Baroux d'Armentières, 534.
Barthélemy, 419.
Battle, 825.
Bauby, 51.
Baudet, 244.
Bauermeister, 32.
Baylac, 554.
Bazy, 27, 124, 161, 194, 449, 568.
Beclère, 311.
Bédart, 18.
Bedoin, 360.
Bègue (J.), 316.
Béjarano, 56.
Belomsoff, 852.
Benitez, 535.
Berger (Emile), 186.
Bergeron, 860.
Bérillon, 739.
Berini, 135.
Bernard (Henry), 275.
Bernhardt, 285.
Bernheim, 594, 602.
Berthier, 625, 632, 647, 847.
Bertrand, 240.
Besdetnoff, 174.
Betton-Massey, 123.
Beuttner, 144.
Biatobigeski, 310.
Bidlot, 86, 648.
Bie, 67.
Bier, 851.
Bignon, 428.
Billet, 626.
Bissell, 483.
Blanchard, 59.
Blanchet, 848.
Blech (Gustavus M.), 31.
Blencke, 89.
Bloch (O.), 128, 648.
Blœbaum, 167.
Blondel, 155.
Blottière, 627.
Bobroff, 452.
Bogges (Walter F.), 193.
Boissard, 748.
Bolognesi, 117, 484.
Bommier, 740.
Bonardi, 270.
Bondareff, 209.
Bonjean, 409.
Borras (Pedro), 459.
Botey, 458.
Botey (R.), 708, 710.
Botschkovsky, 487.
Bouloumié, 300.
Bourcy, 494.
Bourdon, 64.
Bourgeois, 670.
Bourget, 563, 632.
Bourjaloff, 207.
Bovaird (David), 101.
Bovet, 48, 83.
Boy-Tessier, 85.
Bra, 247, 757.
Bracquehaye, 36.
Braquehaye, 630.
Brault, 287.
Breitenstein, 212.
Bresgen, 315.
Briess, 460.
Brissaud, 844.
Broca, 648, 697.
Brocq, 204, 241, 639.
Broeckaert, 136, 697.
Brook, 521.
Brotchett, 58.
Brunel, 386.
Buck (de), 670.
Budinger, 809.
Burghard, 846.
Butler, 139.
Buck (de), 417.
Budin, 613, 655.
Bunge, 452.
Buxbaum, 164, 165.

C

Cabanas (César), 315.
Cabannes, 200.

Cadol, 379.
Calmette, 377.
Cahn, 285.
Calot, 755.
Campo (Gonzales), 347.
Cantlie (J.), 806.
Capitan, 276.
Carbonell-Salis, 417.
Carles, 33, 498.
Carless, 810.
Carlier, 97.
Carrillo y Cutero, 532.
Casper, 601.
Castaigne, 612.
Castillarnau, 808.
Catillon, 14.
Cautru, 82, 155, 337, 847.
Ceccherelli, 736.
Cerné, 497, 522.
Cervello, 703, 842.
Chapot-Prevost, 811.
Chassevant, 631.
Chauffard, 814.
Chauveau, 283.
Chavannaz, 273.
Chazelitzer, 170.
Cheinisse, 170.
Chiaventone, 422.
Chipault, 56, 418, 456, 628, 635, 669, 698. 734.
Cicera Salse, 200.
Codivilla, 774.
Coe, 495.
Coffin (Lewis A.), 556.
Cohen-Kysper, 848.
Cohnheim, 162, 564.
Coirre, 82, 116.
Collet, 144.
Collin (G.), 712.
Colly (William B.), 346.
Comar, 240.
Combemale, 454.
Comby, 100.
Cordier, 56, 138.
Cortiguera, 425.
Cosma, 557.
Cottet, 243.
Courtade (Denis), 132.
Couvreur, 683.
Crédé, 413.
Crinon, 216.
Crouzel, 174.
Cullen, 678.
Curt-Pariser, 382.
Cuvillie, 742.
Czerny, 346.

D

Dalché, 298, 551.
Dandois, 280.
Daniel, 25.
Danlos, 750.
Darier, 57, 204, 241.
Daylon (Hughes), 411.
Delagenière, 744.
Delagenière (H.), 606, 785.
Delagrammatica, 389, 713.
Delanglade, 451.
Delbet, 52, 194, 235, 252, 558, 666, 712, 773, 844.
Delbet (Pierre), 91, 504.
Delmas, 662.
Delore, 87, 807.
Delorme, 272, 413, 774.
Demons, 50.
Demont, 631.
Denoyés, 844.
Derache, 124.
Deroude, 815.
Deschamps, 190, 227, 556.
Désesquelles, 516.
Desnos, 207, 421.
Destot, 91.
Dethlefsen, 168.
Devay, 107.
Diamantberger, 622.
Dianoux, 57.
Dickson (Charles), 418.
Dietz, 243.
Dignat, 155, 373.
Diorichson, 536.
Doederlein, 100.
Doerfler, 197.
Dokoutschaieff, 318.
Doléris, 531, 829.
Dombrovsky, 164, 177.
Dopter, 375.
Dornbluth, 385, 524.
Douglas, 809.
Doumer, 313.
Dowd (Charles H.), 125.
Doyen, 160, 345, 562, 592, 630, 700, 774, 820.
Draghiescu, 641.
Dreschfeld, 312.
Drinkwater, 92.
Drouillard (Marcel), 191.
Dubois, 120, 180, 576.
Du Castel, 204, 206.
Duclos, 58.
Ducroquet, 126.
Dufour, 108.
Dujarier, 630.
Dukovsky, 344.
Duval, 243.
Dvoretsky, 177.
Dyés, 278.
Dzenkevitch, 788.

E

Earp (Samuel), 355.
Ebstein, 343.
Edlefsen, 53.
Eichhorst, 129.
Eiselsberg, 17.
Eljatz-Badzikowski, 566.
Ellenbogen, 825.
Escat, 742.
Eschner (Augustus), 192
Espada (J.-M.), 815.
Estor, 52.
Eulenburg, 285, 462.
Eustache, 785.
Ewald, 196.

F

Fabei (de), 853.
Farquhar Curtis, 89, 379.
Fede, 606, 607.
Feilchenfeld, 160, 196.
Fenger, 744.
Féré, 131.
Ferrier, 754.
Fick, 54.
Filaretopoulo, 491.
Finet, 53.
Finsen (Niels R.), 781.
Fiquet, 230, 715, 750.
Fiset, 705.
Fisher, 702.
Flachs, 158.
Flatau, 164.
Fleury (M. de), 45, 152, 155, 221, 229, 515, 541, 590, 793.
Fochier, 843.
Folet, 234.
Forenico de Castro, 455.
Fortin, 816.
Fortun (Enrique), 495.
Fougères, 344.
Foulladosa, 530.
Fournier, 602, 640, 721.
Fournier (C.), 432, 468.
Fournier (H.), 386.
Fourrier, 845.
Foveau de Courmelles, 396, 675, 751, 786, 788, 819.
Fowler (George), 413.
Francke, 210.

Frédéricq, 497.
Frémont, 230, 373.
Frenkel, 576.
Fretin, 379.
Freudenberg, 169.
Freudenthal, 59.
Frey, 500.
Friedrich, 419.
Frœlich, 51, 733.
Furst, 808.

G

Gallet, 127.
Galli, 354.
Gallo de Tommasi, 606.
Gallois, 119, 229, 325, 396.
Gandil, 594.
Gangolphe, 236.
Garel, 661.
Garnier, 779.
Garrigues, 351.
Gassmann, 207.
Gautier, 31.
Gayle (Virginius W.), 176.
Geigel, 456.
Geoffroy, 591.
Gérard-Marchant, 90, 161.
Gerbsman, 853.
Giannettasio, 272.
Gilbert, 570, 631, 779.
Gilles de la Tourette, 270, 812.
Gillet, 679.
Girard, 562.
Giraud, 778.
Giselsberg, 344.
Glass, 29.
Glénard, 37, 73.
Gliastein, 237,
Gluck, 413.
Godson, 823.
Goerges, 537.
Goilar, 628.
Goldenstein, 432.
Golding-Bird, 520.
Goloubinine, 166, 668.
Gomez (Fernando), 376.
Gomez de la Mata, 824.
Gongora, 381.
Goris, 700.
Gorsse (Bertrand de), 528.
Gosset, 169, 243.
Gottschalk, 677.
Goullioud, 714, 746.
Gousset, 197.
Graefe, 277.
Grancher, 217.
Grandclément, 58.
Grellet, 72.
Grœdel, 523.
Gronsdeff, 391.
Gros, 807.
Gross, 162.
Grosse, 414.
Grosskopf, 527.
Guelliot, 519.
Guépin, 468.
Guerder, 5, 253.
Guerenstein, 284.
Guermonprez, 204.
Guiard, 97.
Guiart, 216.
Guinard, 52, 272.
Guiteras (Ramon), 493.
Guttmann, 98.
Guyon, 26. 207. 242, 389, 420.

H

Haenens (d'), 712.
Hagopoff, 641, 856.
Hahn, 29.
Hallé, 243.
Hallopeau, 204.
Hartmann, 90, 194.
Harvthorn, 242.
Hau, 126.
Hawkins (Thomas), 423.
Hayem, 503.
Hecht, 780.
Heftler, 516.
Heim, 103.
Heiman, 638.
Hein, 196.
Hellendall, 849.
Hélouin, 102, 499.
Henle, 378.
Henrotay, 138.
Henry, 524.
Herman, 171, 284.
Herrero (Sanchez), 448.
Hesse, 211.
Hill, 565.
Hillier (Alfred), 19.
Hirschfeld, 159, 160.
Hirschkron, 858.
Hobbs, 704.
Hochenegg, 378.
Hoffmann, 677.
Hofmeier, 748.
Huchard, 48, 152, 232.
Hudson-Makuen, 133.
Hugon, 36.
Hyronimus, 103.

I

Ignatowsky, 449.
Inglis-Parsons, 785.
Israel, 389.
Ivanoff, 234,
Iwanoff, 696.

J

Jaboulay, 663.
Jackson, 198.
Jacob, 134, 565.
Jacques, 385.
James (William M.), 85.
Janet (Jules), 1, 853.
Janovsky, 165, 196.
Janowski, 454.
Jarre, 702.
Jessner, 461.
Jocqs, 57.
Joffroy, 22.
Jonas, 58.
Joncoux, 102.
Jonnesco (Th.), 590, 603, 643, 671, 700, 701, 706.
Jordan, 640.
Jorescu, 242.
Joseph, 672.
Josias, 283.
Josué, 71.
Judson (A. B.), 126.
Judson (H.), 126.
Julien, 172.

K

Kabloukor, 778.
Kadian, 308.
Kahlenberg, 535.
Kaposi, 354.
Kaspariantz, 700.
Kassowitz, 269, 644.
Kayser, 386.
Kein, 19.
Kendirdjy, 772.
Killian, 235.
Kirmisson, 16, 345.
Kirsner, 676.
Kish, 122, 412.
Kleczkowski, 633.
Klein, 151.
Klemperer, 160, 448.
Klingmuller, 571.
Knoter, 600.
Knowsley Sibley, 572.

Koch, 158, 447.
Kœnig, 170, 207.
Kohts, 857.
Kojonkhovsky, 314.
Kolischer, 144.
Kondratovitch, 158.
Konoukess, 320.
Kopff, 693.
Koranyi (von), 452.
Kornfeldt, 681.
Kornitzky, 786.
Korovitjky, 176.
Korte, 345.
Kortschaguine, 235.
Kouindjy, 850.
Kraemer, 661.
Kraske, 378.
Kraus, 163.
Krause (Fedor), 705.
Krausse, 639.
Kreidmann, 249.
Kronlein, 378.
Kronpetjky, 667.
Krzysztalowicz, 167.
Kuntzevitch, 245.
Kurkiewiez, 632.
Kuss, 140.
Kustner, 29.

L

Labonne, 144, 540.
Lacaille, 99, 482.
Lacroix, 704.
Lada Noskowski (de), 365, 397,
Lafond-Grellety, 161.
Lagriffoul, 844.
Lalanne, 566.
Lambert, 448.
Lambret, 482
Lamotte (Paul), 317.
Lander Carter Gray, 55.
Landouzy, 433, 469.
Lang, 528.
Lannelongue, 628
Laquerrière, 246, 525.
Larat, 821.
Lardner Green, 130.
Latron, 490.
Lauder Brunton, 716.
Laurens, 740.
Laval, 180.
Le Dentu, 252, 504.
Lefert, 540.
Legendre, 410.
Legueu (Félix), 108, 567, 772.
Leiser, 98.
Leishmann, 84.
Leistikow, 96, 278.
Lejars, 388.
Lelbet, 814.
Lemanski, 191.
Lemoine, 158, 302.
Lereboullet, 570.
Leredde, 15.
Lermoyez, 92, 201, 599.
Leroux, 534, 558.
Lesmes Rodriguez, 314.
Lesser, 28.
Letulle, 464.
Leure (de), 664.
Levacheff, 356.
Levis, 130.
Lewin, 851.
Ley, 241.
Leyden, 416.
Lheftler, 324.
Liebreich, 535.
Lindemann, 196.
Linden (van den), 670.
Lindner, 90.
Linossier, 14, 81, 190.
Litten, 416.
Lloret (Antonio), 489.
Lloyd Tuckey, 739.
Lœwenthal, 175.
Lohmann, 663.
Loison, 272.
Long, 340, 499.
Longuet, 97.
Lorentz, 203.
Loumeau, 27, 389, 713.
Lucas-Championnière, 558, 628.
Lunel, 631.
Lunz, 457.
Luzzato, 848.
Lyon (Gaston), 145, 181, 324, 479.

M

Mabboux, 303.
Machenaud, 53.
Mahu, 599.
Mairet, 566.
Malarnic, 531.
Malartic, 829.
Malherbe, 242, 527, 706.
Mallett (Pierre), 28.
Mally, 669.
Manasse, 105, 858.
Mann (H. J.), 201.
Manquat, 776.
Mansouroff, 209.
Mansvietoff, 391.
Manto (Charles), 92.
Marchais, 811.
Marcondes de Moura, 851.
Marcuse, 26.
Marfan, 60, 312, 343, 379, 426.
Marie, 382, 850.
Marinesco, 92.
Marion, 816.
Martin, 16, 494.
Martines (de), 305.
Martinet, 49.
Masbrenier, 240.
Masslennikoff, 32.
Massy, 127.
Mathieu, 13, 152, 190, 229, 361, 505.
Matveseff, 675.
Matvlieff, 715.
Mauclaire, 420, 699.
Mausilla, 670.
Mayer (Paul), 380.
Mayer, 416.
Ménard, 16, 88.
Mencière, 559.
Mendel, 21, 136.
Mendes de Leon, 817.
Merklen, 212.
Mesnard, 162.
Meyer, 570.
Meyerhardt, 601.
Michaelsen, 201.
Michaïlowsky, 560, 745.
Michaux, 414, 848.
Michel, 382.
Milbury, 458.
Miller, 341.
Miot, 597.
Mohlau, 567.
Moncayo Redin, 712.
Mongour, 247.
Monod, 451, 497.
Monprofit, 594.
Montel, 751.
Montoro de Francesco, 341.
Moore, 84, 274.
Morales Pérez, 319.
Morel-Lavallée, 61, 824, 836.
Morestin, 809.
Morin, 520.
Morris (Henry), 273.
Morton, 481.
Mossé, 86, 626.
Moty, 50, 273.
Moubinoff, 304.
Mouchet, 697.
Mougeot, 249.

Moure, 741.
Moynihan, 811.
Mueroz, 633.
Muller, 379. 675, 846.
Munk, 19.
Mur, 456.

N

Naegeli, 738.
Nanu, 849.
Naphtali, 211.
Neesen, 595.
Nentjki, 30.
Neter, 857.
Netter, 216, 418.
Neumayer, 428.
Neustadtl, 346.
Niel Maclead. 92.
Niessen, 556.
Nikolsky, 453.
Nimier, 180.
Noble-Smith, 89,
Noir (J.), 384.
Noorden (von), 342.
Noto, 352.

O

Obolenski, 64.
Oederlein, 746.
Oehler, 738.
Oispensky, 200.
Olshausen, 424.
O'Neill (Alan), 492.
Orlovsky, 494.
Ostermann, 279.
Ostrovsky, 30.
Ott (D. de), 713, 783.
Otto, 269.
Ottolenghi, 755.
Oudin, 419.
Oui, 497.

P

Palomino (Marcelino), 788.
Pantaloni, 17, 109.
Pasteau, 534.
Payr, 413.
Pécharmant, 850.
Pecker, 715.
Péraire, 669.
Perez Noguera, 858.
Pernitjky, 203.
Peterson, 815.
Petit (Eug. A.), 462.
Pétron, 391.
Pétrow, 246.
Pevintzky, 202.
Philipp, 311.
Pirocchi, 208.
Platel, 204.
Platon, 169, 642, 818.
Platonoff, 310.
Plicque, 20.
Pluyette, 853.
Pochon, 313.
Podebinski, 676.
Pokrowsky, 68.
Pokrovsky, 348, 643.
Polilôff, 696.
Politzer, 60.
Pomerantjeff, 490.
Poncet, 97.
Popoff, 601.
Poppert, 54.
Porges, 98.
Potain, 491.
Potherat, 124.
Pousson, 273, 388.
Powell, 95.
Pozzi, 319, 602.
Pritschard, 673.
Proust, 169.
Prunecek, 485, 521.
Pujador, 427.
Puttmann, 428.

Q

Quadflieg, 856.
Quentin, 68.
Quénu, 90, 194, 449, 451.
Quervain (J. de), 90.

R

Rabow, 354.
Ramon Alvarez, 384.
Raoul, 597.
Rapin, 821.
Rauch, 703.
Ravogli, 137.
Raynaud, 169.
Reclus, 558
Règnault (J.), 522.
Reinitschenkoff, 776.
Renaut, 238.
Rénon, 490, 516.
Reynès, 593.
Reynier, 124, 194, 208, 449, 577.
Rhen, 378.
Ricard, 856.
Rice, 526.
Richelot, 390, 603.
Richet, 447.
Richter, 778.
Riehl, 749.
Rille, 852.
Robin (Albert), 48, 187, 444, 488.
Robinson, 483.
Rocaz, 662.
Rochard, 52.
Rodman, 662.
Roger (H.), 71.
Roger, 349.
Rohden, 32.
Roncaglia, 279, 352.
Rotello (Amerigo Benevento da), 735.
Roudneff, 772.
Routier, 351.
Roux, 240.
Roux (César), 384.
Ruckert, 612.
Ruhemann, 354.
Rumpf, 198.
Rummo, 634.
Rusca, 774.
Rutkowski, 16.

S

Sabrazès, 200.
Sachs, 783.
Sack, 242.
Sainton, 289.
Saint-Philippe, 533.
Salistschef, 451.
San Martin, 485.
Sapiejko, 271.
Satterthwaite, 350.
Saulieu, 180, 576.
Schaefer, 284.
Schall, 94.
Schaper, 359.
Scheffler, 649, 685.
Schioetz, 739,
Schloffer, 520.
Schluter, 857.
Schmidt-Rimpler, 636.
Schott, 383.
Schreiber, 65.
Schule, 384, 415.
Schultze, 207.

Schulz, 787.
Schuster, 277, 462.
Schveitzer, 461.
Schwartz, 16, 845, 122, 194, 595, 666.
Sedan, 212.
Segond, 413, 558.
Sehrwald, 347, 451.
Servoss, 104.
Sevestre, 307.
Seymour Taylor, 636.
Sicard, 24, 238.
Silberstein, 536.
Simonot, 627.
Sinani, 49.
Sinclair, 344.
Siredey, 174.
Sivertjeff, 308.
Smirnoff, 321.
Smithwick, 306.
Sollier, 411.
Sonnenburg, 125.
Sousloff, 847.
Spassokoutski, 496.
Speransky, 234.
Speyr (de), 276.
Spiégel, 211.
Spinelli, 820.
Spronger, 302.
Stadelmann, 787.
Stangue, 393.
Stapfer, 208, 532, 596.
Stein, 710.
Steinheil, 413.
Steiner, 96.
Stern, 210, 498, 673.
Sticher, 487.
Stimson (Lewis), 344.
Stone, 320.
Stoschich, 536.
Strauss, 197.
Strebel, 571.
Stuart, Nairne, 251.
Suarez, 169.
Suarez de Mendoza, 637, 709.
Subira (Ant.), 464.
Suggs (Franck), 137, 320.
Surmont, 19.
Sydney, 843.

T

Taillens, 857.
Tailor, 233.
Taptas, 386, 743.
Tarnovsky, 460.
Tavel, 237.
Tédenat, 422.
Terrien, 850.
Teske, 199.
Tesson, 243.
Théodorovitch, 203.
Theopold, 100.
Thévenot, 308.
Thiéry, 824, 827.
Thiriar, 194.
Thompson Campbell, 849.
Thomson, 417.
Tillaux, 412.
Tillmans, 235.
Tipzeph, 64.
Tison, 680.
Titoff, 160.
Tripet, 751.
Trofimoff, 487.
Troloff, 387.
Trousseaux, 528
Truchot, 457.
Trunececk, 241.
Tschernoff, 772.
Tschourilof, 696.
Tuffier, 16, 91, 170, 236, 415, 420, 533, 809.
Turck, 737, 812.
Turner, 354.
Turner (Jefferio), 85.

U

Ulrich, 448.
Unna, 25, 94, 96, 166, 204, 205, 206, 279.
Urso (d'), 853.

V

Vacher, 674, 709, 741.
Valentin, 787.
Valenzuela, 428, 715.
Valerio, 213.
Valude, 451.
Vaquez, 157, 454.
Variot, 771.
Vassal, 742.
Vassilenko, 452.
Vassmer, 99.
Vebhaeren, 791.
Velledor (Victorino), 424.
Vendrell, 309.
Vendrett, 783.
Veratti, 205.
Vercesco, 735.
Verchère, 172, 392, 810.
Verdelli, 199.
Verhoogen (R.), 851.
Verrotti, 278.
Vicente (Manuel), 72, 684.
Vidal, 635.
Vigier, 13, 82.
Vigier (Pierre), 152.
Villa, 463.
Villar, 50.
Villar (Francis), 665.
Villard, 667.
Vinci, 31.
Viollet, 59.
Vissokovitsch, 307.
Vitrac, 63.
Voinitch-Sianopentzky, 591.
Voitzechovsky, 168.
Volintjeff, 318.
Volland, 192.
Voskressensky, 531.
Vuillemin, 349.
Vulpius, 52.
Vulpius (Oscar), 663.

W

Walravens, 88.
Walzer, 641.
Watkin-Pitchfort, 847.
Watson Cheyne, 51.
Weber, 339.
Weill, 622.
Weir, 590.
Wells, 526.
Werther, 852.
Westphalen, 54.
Widal, 212.
Williams (mac), 522.
Williamson, 525.
Winckler, 348.
Witthauer, 750.
Wolch, 521.
Wolfe (Samuel), 355.
Wolffberg, 394.
Wossidlo, 854.
Wrigt, 84.
Wulff, 134.
Wunschheim, 750.
Wyeth, 195.

X

Xalabarder, 771.

Z

Zabludowski, 385.
Zalessoff, 315.
Zanitziano, 792.
Zaudi, 681.
Zélifet, 16.
Zeuner, 453.
Ziemann, 843.
Zykoff, 161.

41e
8104

3 2